



ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL San'uri

Ospedale N.S. di Bonaria

Ufficio Cartelle Cliniche
Orario: 9,00-12,00
dal lunedì al venerdì
Tel. 070/9378270
fax 070/9378291

MODULO RICHIESTA INTESTATARIO/RAPPRESENTANTE/EREDE

Alla Direzione Sanitaria
Presidio Ospedaliero di San Gavino M.le

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ e residente a _____ in via _____

nella qualità di :

Intestatario; Erede; Esercente la potestà di genitore; Tutore; Curatore; Amministratore di sostegno

del/la Sig./ra _____ nato/a _____

il _____ e residente a _____ in via _____

CHIEDE

Il rilascio della seguente documentazione sanitaria del paziente sopra indicato:

copia della cartella clinica relativa alla degenza nel

Reparto _____ dal _____ al _____

Reparto _____ dal _____ al _____

Reparto _____ dal _____ al _____

Copia estratto della cartella clinica;

copia verbale dell'accesso al Pronto soccorso avvenuto il _____ alle ore _____;

duplicato documentazione radiografica relativa all'esame: _____ eseguito il _____

durante il ricovero nel Reparto di _____ dal _____ al _____;

certificato di riscontro autoptico relativo al decesso avvenuto in data _____ nel Reparto di _____

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del decreto legislativo 30/06/2003 n. 196 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza viene presentata.

San Gavino M.le, li _____

Telefono Richiedente _____

Firma del Richiedente
