

**Modulo richiesta Cartella Clinica****RICHIESTA RAPPRESENTANTE / EREDE****Alla Direzione Sanitaria  
Presidio Ospedaliero**

Il sottoscritto/a  nato a  il   
e residente a  in via  Tel. .

nella sua qualità di:

Erede     Esercitante la potestà di genitore     Tutore     Curatore     Amministratore di sostegno

Del/la paziente Sig./ra  nato/a

Il  e residente a  in via

**CHIEDE**

Il rilascio della seguente documentazione sanitaria de paziente sopra indicato:

Copia conforme all'originale della cartella clinica relativa alla degenza nel:

Reparto	<input type="text"/>	dal	<input type="text"/>	al	<input type="text"/>
Reparto	<input type="text"/>	dal	<input type="text"/>	al	<input type="text"/>
Reparto	<input type="text"/>	dal	<input type="text"/>	al	<input type="text"/>
Reparto	<input type="text"/>	dal	<input type="text"/>	al	<input type="text"/>

Copia verbale dell'accesso al Pronto Soccorso avvenuto il  alle ore

Duplicato documentazione radiografica relativa all'esame:   
eseguito il  durante il ricovero nel reparto  dal  al

Certificato di riscontro autoptico / certificato necroscopico relativo al decesso avvenuto in data  nel reparto di

Dichiaro di essere informato ai sensi per gli effetti di cui all'art. 13 del DLgs 30/6/03 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.

Data

**Firma del richiedente**

\_\_\_\_\_

Allego fotocopia documento identità richiedente

Allegato provvedimento attestante la qualità dichiarata o dichiarazione sostitutiva di certificazione/atto notorio