DOMUS NOVA Ospedale Privato Accreditato	RICHIESTA COPIA DI CARTELLA CLINICA O DI REFERTO ARCHIVIATO	SAN FRANCESCO Ospedale Privato Accreditato
R155 Rev.6 data applicazione 01/05/2018 Pag. **1** a **1**		

Il sottoscritto …….….

Nato a …… il ……Residente in……..…….

Via……..N……..

Consapevole della responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità

DICHIARA

di essere □ intestatario

□ legato/a dalla seguente relazione di parentela/affinità/altro (specificare)…….

al/la Sig./ra……nato/a il…….

residente a …….via ……n……

Firma del Dichiarante_____

(La firma non deve essere autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente/Ufficio che ha richiesto la dichiarazione. Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, del DPR 445/2000.)

RICHIEDE

□ copia della cartella clinica, relativa al/ai ricovero/i avvenuto/i presso codesto Ospedale Privato

dal…….al……

dal…….al……

□ copia di referto (con eventuali immagini correlate) archiviato:.....……

relativo a indagini/consulenza del.....……..…….

per il seguente uso: ……

La copia della cartella clinica/del referto archiviato □ deve essere inviata per posta □ verrà ritirata

e con il presente atto **DELEGA, <u>allegando copia del proprio documento di identità in corso di validità</u>:**

Il/la Sig./ra …….

Residente a ……..via ……..……..n. …….

a ritirare la copia della/e cartella/e o del referto richiesta a codesto Ospedale Privato

data…… firma dell'interessato…….

Io sottoscritto/a impiegato/a incaricato/a ……. attesto che mi sono personalmente accertata dell'identità della persona delegata al ritiro della copia della/e cartella/e clinica/che o del referto archiviato richiesta/e dall'intestatario della/e stessa/e

Tipo di documento……Numero……..……..

Autorità che l'ha rilasciato ……..

firma dell'impiegato/a incaricato/a firma della persona delegata

…… ……..

<u>Il Direttore Sanitario:</u>

□ **concede** copia della cartella clinica/ del referto archiviato

□ **non concede** copia della cartella clinica/ del referto archiviato per i seguenti motivi

……

Il Direttore Sanitario_____