

<b>DOMUS NOVA</b> <b>Ospedale Privato</b> <b>Accreditato</b>	<b>RICHIESTA COPIA</b> <b>DI CARTELLA CLINICA O DI REFERTO</b> <b>ARCHIVIATO DI DEFUNTO</b>	<b>SAN FRANCESCO</b> <b>Ospedale Privato</b> <b>Accreditato</b>
<b>R157 Rev.5 data applicazione 01/05/2018 Pag. 1 a 1</b>		

Il/la sottoscritto/a .....

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 il legittimo erede       figlio/a       coniuge       altro (specificare).....  
del/la Sig./ra.....deceduto/a il.....

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.)

**RICHIESTE**

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: .....

**allega fotocopia del proprio documento**

La copia della cartella clinica/del referto archiviato

deve essere inviata per posta

verrà ritirata e con il presente atto **DELEGA, allegando copia del proprio documento di identità in corso di validità:**

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

**Il Direttore Sanitario:**

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

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

.....

Il Direttore Sanitario\_\_\_\_\_