

| | | |
|--|---|--|
| DOMUS NOVA Ospedale Privato Accreditato | RICHIESTA DI COPIA CARTELLA CLINICA DI DEFUNTO | R157 Rev. 4 Pag 1 Data di applicazione 01/11/14 |
|--|---|--|

Il sottoscritto _____

Nato a _____ (prov. di _____) il _____

Residente in _____ (prov. di _____)

Via _____ n. _____

In qualità di: figlio coniuge altro (specificare) _____

richiede copia della cartella clinica del/la Sig./ra _____

deceduto/a il _____

relativa al/i ricovero/i avvenuto/i presso codesto Ospedale Privato Accreditato

Dal _____ al _____

La copia della cartella clinica è richiesta per il seguente uso: _____

- allega dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà
- allega fotocopia proprio documento

e con il presente atto **DELEGA, allegando copia del proprio documento di identità:**

Il/la Sig./ra _____

Residente a _____ via _____ n. _____

a ritirare la copia della/e cartella/e 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 richiesta/e dall'intestatario della/e stessa/e

Tipo di documento _____

Autorità che l'ha rilasciato _____

Numero _____

firma dell'impiegato/a incaricato/a

firma della persona delegata

Il Direttore Sanitario:

- concede** copia della cartella clinica
- non concede** copia della cartella clinica per i seguenti motivi

Il Direttore Sanitario

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____ Residente in _____ (____)

Via _____ n. _____

In qualità di: figlio coniuge altro (specificare) _____

Richiede copia di referto (con eventuali immagini correlate) archiviato

del/la Sig./ra _____ deceduto/a il _____

relativo a indagine/consulenza del

per il seguente uso:

La copia del referto

deve essere inviata per posta

verrà ritirata

e con il presente atto **DELEGA**

Il/la Sig./ra _____

Residente a _____ via _____ n. _____

a ritirare la copia del referto richiesta/e 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 del referto richiesta

dall'intestatario dello stesso

Tipo di documento _____

Autorità che l'ha rilasciato _____

Numero _____

firma dell'impiegato/a incaricato/a

firma della persona delegata

Il Direttore Sanitario:

concede copia del referto

non concede copia del referto per i seguenti motivi

Il Direttore Sanitario
