

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

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

\_\_\_\_\_