



MODULO DI RICHIESTA/RILASCIO DI COPIA CARTELLA CLINICA

Io sottoscritto COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ IL _____

CODICE FISCALE _____

E-MAIL _____ N. CELL. _____

In qualità di:

- 1) Intestatario (Titolare della cartella clinica)
- 2) Erede legittimo dell'interessato (art. 536 c.c.)
- 3) Esercente la potestà genitoriale nei confronti dell'intestatario in qualità di madre
- 4) Esercente la potestà genitoriale nei confronti dell'intestatario in qualità di padre
- 5) Legale rappresentante/Tutore/Curante dell'intestatario
- 6) Difensore per svolgimento di indagini per procedimenti penali in corso

Indicare il titolare della cartella clinica da compilare SOLO se il richiedente di cui 2), 3), 4), 5), 6) è diverso dal titolare

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ IL _____

CODICE FISCALE _____

Richiedo la cartella clinica formato cartaceo in copia conforme all'originale del seguente ricovero:

Reparto	Data di ingresso	Data dimissioni	N° copie

MOTIVO DELLA RICHIESTA _____

- 7) Autorizzo l'invio di SMS per comunicazioni inerenti alla cartella clinica al cellulare indicato.
- 8) Autorizzo l'invio di E-MAIL per comunicazioni inerenti alla cartella clinica all'indirizzo indicato.
- 9) Dichiaro di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.

ATTENZIONE: Si informa che lo sportello dedicato alla cartella clinica è accessibile senza appuntamento nei giorni lunedì, mercoledì e venerdì 09:00-13:00. Gli orari possono subire variazioni durante il periodo estivo o in concomitanza di festività. Per gli aggiornamenti si consiglia di consultare il sito www.policlinicocampusbiomedico.it, sezione "Cartella Clinica".

Si ricorda, inoltre, che il ritiro della documentazione sanitaria avverrà SOLO previa regolare richiesta effettuata precedentemente allo sportello. In sede di ritiro si raccomanda di portare con sé tutta la documentazione rilasciata al momento della richiesta.

- Dichiaro di aver letto, compreso ed accettato i Termini del servizio Richiesta e consegna cartella clinica e l'Informativa Privacy.

Data _____

Firma del richiedente (anche per attestazione dei punti da 1 a 9)