



Casa di Cura
Villa Pini d'Abruzzo

RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/La sottoscritto/a Sig./ra _____
 Nato/a il ___/___/___ a _____ Residente in _____ Prov. _____
 Via _____ N. _____
 Documento tipo _____ N. _____
 Rilasciato da _____ in data _____
 Recapito telefonico _____

CHIEDE

che gli venga rilasciata copia conforme di:

- referti di analisi di laboratorio/indagini diagnostiche/ altro _____ effettuati in data ___/___/___
- cartella clinica relativa al ricovero dal _____ al _____ UO _____
 dal _____ al _____ UO _____
 dal _____ al _____ UO _____

riguardante:

- la sua persona
- altro soggetto: Sig. Nome _____ Cognome _____
 nato/a il _____ a _____

In questa seconda ipotesi, consapevole, in caso di dichiarazione mendace, delle sanzioni previste dal Codice Penale e delle leggi speciali in materia anche per i reati di "falsità in atti" e "uso di atto falso", nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della documentazione non veritiera,

DICHIARA

di aver diritto, in qualità di:

- esercente patria potestà (allegare Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà)
- erede legittimo (allegare Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà)
- delegato (allegare delega)
- tutore/curatore/amministratore di sostegno (allegare Dichiarazione sostitutiva di certificazione)
- parente fino al terzo grado, in caso di impedimento temporaneo (allegare Dichiarazione sostitutiva di certificazione)

Data _____ Firma _____

Gentile Utente,

la copia della documentazione sanitaria da Lei richiesta potrà essere ritirata, previa comunicazione dell'Uff. Cartelle Cliniche, presso l'Ufficio Accettazione dal lunedì al sabato, dalle ore 07:30 alle ore 19:30. Non sarà possibile consegnare tale documentazione in orari diversi da quelli indicati. Per informazioni contattare il numero 0871/343182.

Qualora lo richieda, la documentazione potrà essere spedita, con aggravio delle spese di spedizione, al Suo domicilio a mezzo Raccomandata A/R.

- Si autorizza la spedizione** Data _____ Firma _____

N.B.: ALL'ATTO DEL RITIRO PRESENTARE SEMPRE UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ VALIDO (Carta d'Identità)

DATA CONSEGNA: _____ FIRMA PER RICEVUTA: _____

DA COMPILARE A CURA DEL PERSONALE INCARICATO AL RILASCIO

È stata verificata la corrispondenza tra gli estremi dichiarati e i documenti esibiti dal delegato.
 Cognome e nome _____ Firma _____