



MODULO DI RICHIESTA DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

È richiesta copia conforme della cartella clinica di:

Nome.....Cognome.....

Nato a.....il/...../.....

Residente in.....

Via.....

Ricoveri presso i Reparti di

- dal..... al.....

- dal..... al.....

- dal..... al.....

- dal..... al.....

- dal..... al.....

LA RICHIESTA È EFFETTUATA: (barrare il quadrato e/o il cerchio di opzione)

DALLO STESSO TITOLARE DELLA CARTELLA

Il sottoscritto richiedente DELEGA per il ritiro:

Nome.....Cognome.....

Nato a.....il/...../.....

Residente in.....

Via.....

La persona delegata deve presentarsi con un proprio documento di riconoscimento valido e un documento valido della persona che fa la delega.

Firma.....

UFFICIO CARTELLE CLINICHE

ORARIO:

Dal LUNEDI' al VENERDI'
SABATO

dalle ore 8:00 alle 18:00
dalle ore 8:00 alle 12:00

TEL. 041 9657773 - FAX 041 9657789
telefonare dalle ore 11:00 alle 13:00 giorni feriali

**IN CASO DI MANCATO RITIRO DELLA CARTELLA
L'AMMINISTRAZIONE PROVVEDERA' ALL'ARCHIVIAZIONE DOPO 90 GG.**

OPPURE

DAL SOTTOSCRITTO:

Nome.....Cognome.....

Nato a.....il/...../.....

Residente in.....

Via.....

in quanto esercente la patria potestà sul minore titolare della cartella
oppure

in quanto tutore del titolare della cartella
oppure

nell'esercizio del diritto d'accesso, ai sensi della Legge 241/1990, per la tutela di una situazione giuridicamente rilevante di rango pari a quella dell'interessato e cioè che consiste in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale e inviolabile, come di seguito esposto:

.....
.....
.....
.....
.....

.....**ATTENZIONE:** la richiesta non potrà essere presa in esame in caso di mancata, o superficiale, esposizione dei motivi posti alla base dell'istanza di accesso.

oppure

nella necessità di far valere o difendere un diritto in sede giudiziaria di rango pari a quello dell'interessato e cioè che consiste in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale e inviolabile, come di seguito esposto:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....**ATTENZIONE:** la richiesta non potrà essere presa in esame in caso di mancata, o superficiale, esposizione dei motivi posti alla base dell'istanza di accesso.

Oppure

**in qualità di erede del titolare della cartella
per esigenze di tutela del titolare della cartella DECEDUTO o per ragioni
familiari meritevoli di tutela.**

OPPURE

In qualità di difensore di:
Nome.....Cognome.....
Nato
a.....il...../...../.....
Residente in.....
Via.....
per lo svolgimento delle investigazioni difensive di cui alla legge 7 dicembre
2000, n. 397 nel procedimento penale in corso per le seguenti
imputazioni:.....
.....
.....
.....
*** Allega, a tal fine, copia del mandato.**

Il sottoscritto richiedente DELEGA per il ritiro:

Nome.....	Cognome.....
Nato a.....	il/...../.....
Residente in.....	
Via.....	

La persona delegata deve presentarsi con un proprio documento di riconoscimento valido e un documento valido della persona che fa la delega.

DATA.....

FIRMA:.....

Il sottoscritto richiedente, consapevole dell'obbligo, nel caso di dichiarazione mendace, di restituire all'U.L.S.S. la documentazione ricevuta e di risarcire l'eventuale danno, consapevole altresì delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e delle decadenze dai benefici eventualmente conseguiti a seguito di provvedimenti adottati sulla base di dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA

CHE QUANTO ESPOSTO NEL PRESENTE MODULO CORRISPONDE A VERITÀ.

DATA

FIRMA:.....

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 /2000, se la dichiarazione non è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto deve essere allegata la fotocopia, non autenticata, del documento di identità del dichiarante.

La dichiarazione è stata apposta in mia presenza dal dichiarante previamente identificato a mezzo di.....

IL FUNZIONARIO:.....