

## RICHIESTA COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA OSPEDALIERA

**Attenzione:** è obbligatorio allegare copia fronte/retro del documento di identità in corso di validità del richiedente intestatario o avente diritto

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
n° cellulare \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
solo se si richiede la spedizione Codice fiscale \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità civili e penali, così come stabilito dagli art. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti atti non rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità

### IN QUALITA' DI (barrare la voce interessata):

- titolare della documentazione       erede legittimo/testamentario (allegare dichiarazione sostitutiva)  
 persona delegata       genitore esercente la responsabilità genitoriale  
(allegare dichiarazione sostitutiva)  
 tutore/curatore/amministratore di sostegno (allegare atto di nomina e dichiarazione sostitutiva)

CHIEDE COPIA -  AUTENTICATA\*     NON AUTENTICATA  
-  URGENTE\*       ORDINARIO

#### Cartella clinica

reparto di \_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
reparto di \_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
reparto di \_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Verbale di Pronto Soccorso del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_       Suem del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Immagini e referti di indagini diagnostiche  Radiografie,  TAC,  RM,  altro \_\_\_\_\_  
del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ o dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Referto autoptico data decesso \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Vetrini (materiale unico da conservare con cura e da presentare in occasione di successivi controlli sanitari) del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**INTESTATA A:** (cognome e nome) \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### CONSEGNA DOCUMENTAZIONE

- Spedizione all'indirizzo sopra riportato  
 SPEDIZIONE a: Cognome e Nome \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_  
 Ritiro allo sportello  
 Delega al ritiro della documentazione il Sig.re/ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**che si presenterà al ritiro esibendo un proprio documento d'identità e copia del documento d'identità del delegante**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_