



Alla Direzione Medica/Ufficio cartelle cliniche sede di:

- Arzignano     Valdagno     Lonigo

## RICHIESTA COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA OSPEDALIERA

**Allegare copia fronte/retro di documento d'identità valido 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  
 persona delegata a richiedere (allegare delega dell'avente diritto)  
 erede legittimo/testamentario (allegare dichiarazione sostitutiva)  
 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

#### Cartella clinica

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

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

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

#### Cartella ambulatoriale

reparto di \_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

URGENTE \*     ORDINARIO

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** \_\_\_\_\_

\*ha tariffa maggiore

Visto per l'Operatore di sportello \_\_\_\_\_