

<b>DOMUS NOVA</b> <b>Ospedale Privato</b> <b>Accreditato</b>	<b>RICHIESTA COPIA</b> <b>DI CARTELLA CLINICA O DI REFERTO</b> <b>ARCHIVIATO</b>	<b>SAN FRANCESCO</b> <b>Ospedale Privato</b> <b>Accreditato</b>
<b>R155 Rev.7 data applicazione 01/09/2018 Pag. 1 a 1</b>		

Il sottoscritto .....

Nato a ..... il ..... Residente in.....

Via.....N.....

Consapevole della responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità

**DICHIARA**

di essere       intestatario  
 legato/a dalla seguente relazione di parentela/affinità/altro (specificare).....  
al/la Sig./ra.....nato/a il.....  
residente a .....via .....n.....

Firma del Dichiarante.....

(La firma non deve essere autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente/Ufficio che ha richiesto la dichiarazione. Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, del DPR 445/2000.)

**RICHIEDE**

copia della cartella clinica, relativa al/ai ricovero/i avvenuto/i presso codesto Ospedale Privato  
dal.....al.....  
dal.....al.....  
 copia di referto (con eventuali immagini correlate) archiviato:.....  
relativo a indagini/consulenza del.....  
per il seguente uso: .....

La copia della cartella clinica/del referto archiviato       verrà ritirata  
 deve essere inviata per posta all'indirizzo.....  
e con il presente atto **DELEGA, allegando copia del proprio documento di identità in corso di validità:**

Il/la Sig./ra .....  
Residente a .....via .....n.....

**a ritirare** la copia della/e cartella/e o del referto richiesta a codesto Ospedale Privato

data.....      firma dell'interessato.....

Io sottoscritto/a impiegato/a incaricato/a ..... attesto che mi sono personalmente accertata dell'identità della persona delegata al ritiro della copia della/e cartella/e clinica/che o del referto archiviato richiesta/e dall'intestatario della/e stessa/e

Tipo di documento.....Numero.....

Autorità che l'ha rilasciato .....

firma dell'impiegato/a incaricato/a

firma della persona delegata

.....

**Il Direttore Sanitario:**

- concede** copia della cartella clinica/ del referto archiviato
- non concede** copia della cartella clinica/ del referto archiviato per i seguenti motivi

.....

Il Direttore Sanitario.....