

DOMUS NOVA Ospedale Privato Accreditato	RICHIESTA COPIA DI CARTELLA CLINICA O DI REFERTO ARCHIVIATO DI DEFUNTO	SAN FRANCESCO Ospedale Privato Accreditato
R157 Rev.6 data applicazione 01/09/2018 Pag. 1 a 1		

Il/la sottoscritto/a

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 il legittimo erede figlio/a coniuge altro (specificare).....
del/la Sig./ra.....deceduto/a il.....

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:

allega fotocopia del proprio documento

La copia della cartella clinica/del referto archiviato

deve essere inviata per posta all'indirizzo.....

verrà ritirata e con il presente atto **DELEGA, allegando copia del proprio documento di identità in corso di validità:**

Il/la Sig./ra

Residente avian.....

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_____