

Modulo di richiesta Documentazione sanitaria

Intestatario

Nome _____ Cognome _____
Nato a _____ Prov. _____ il ___/___/_____
Indirizzo _____ n. _____ Città _____
Cap _____ Provincia _____ Telefono _____
Documento di identità _____ N. _____
Rilasciato da _____

Richiedente (Compilare solo se persona diversa dall'intestatario)

Nome _____ Cognome _____
Nato a _____ Prov. _____ il ___/___/_____
Indirizzo _____ n. _____ Città _____
Cap _____ Provincia _____ Telefono _____

Consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 del d.p.r. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA DI ESSERE

- Genitore esercente la patria potestà Tutore* Curatore* Amministratore di sostegno*
 Erede (che agisce in nome e per conto degli altri coeredi)
 Altro, specificare _____

* (Allegare provvedimento di nomina da parte del Giudice Tutelare del Tribunale)

CHIEDE

- Copia Cartella clinica :
 Senza esami diagnostici e/o radiologici;
 Comprensiva di esami radiologici (formato CD)
 Comprensiva di esami radiologici (formato pellicola)

Formato: Copia semplice Copia autenticata (marca da bollo secondo normativa vigente) Motivazione _____

Periodo di ricovero: DAL ___/___/____ AL ___/___/_____ Reparto _____

- Referto effettuato in data _____ presso U.O. di _____
 Altro, specificare _____

Modalità di ritiro:

- Presso CASSA/CUP P.O. Matera Piano 0
 Presso Punto Servizi Via Ascanio Persio, Matera
 a domicilio con costo di spedizione a carico del destinatario presso il seguente indirizzo

Via _____ n. _____ CAP _____ Città _____ Provincia (_____)

NB. In caso di ritiro da parte di persona diversa dall'intestatario, il delegato dovrà presentare:

1) delega 2) ricevuta di pagamento, 3) copia del documento di identità del delegante 4) proprio documento di identità
Il sottoscritto ai sensi del D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge **ed allega attestato di pagamento di euro** _____

Data _____ Firma (leggibile) _____

La documentazione sanitaria richiesta sarà disponibile dal 20 giorno dalla data di richiesta (per le richieste di copia della cartella clinica devono essere trascorsi 15 gg. dalla dimissione).