



RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA/PRESTAZIONI SANITARIE

Registrata

al n. _____ Reggio Calabria.....

Cognome	nome
Luogo di nascita	Data di nascita
Domicilio	via
Codice fiscale	Recapito telefonico
Documento di riconoscimento	e-mail

Richiede copia della cartella clinica/prestazione sanitaria relativa al/i ricovero/i effettuato/i :

dal _____ al _____ U.O. _____ (_____)
 dal _____ al _____ U.O. _____
 dal _____ al _____ U.O. _____
 dal _____ al _____ U.O. _____

da rilasciare:

direttamente all'interessato ad un delegato autorizzato al ritiro tramite PEC

Spedita a mezzo raccomandata A/R con onere della spesa postale a mio carico al seguente indirizzo:

Cognome _____ nome _____ via _____

CAP _____ Comune _____ Prov. _____

In caso di mancato ritiro dopo il 90° giorno di giacenza verrà inviata a domicilio con le spese postali a carico .

Dichiara di essere consapevole delle responsabile penale per le dichiarazioni mendaci eventualmente rese nella richiesta di accesso agli atti.

IL RICHIEDENTE _____

N.B. Trattandosi di dati riservati e sensibili, rispetto alla normativa sulla privacy, al momento del ritiro della cartella è indispensabile esibire un proprio documento di riconoscimento valido o in caso di delegato, oltre che la delega, la fotocopia di un documento valido di riconoscimento della persona delegante. In caso di PEC la stessa deve essere in uso esclusiva del richiedente, pena la non consegna. Come da dichiarazione allegata.

Al Direttore U.O. _____

Voglia trasmettere a questa Direzione Sanitaria la cartella clinica dell'assistito generalizzato in epigrafe, dovendo detta cartella clinica essere fotocopiata.

Il Direttore Sanitario

Richiesta inviata all'U.O. il _____ cartella clinica pervenuta in Direzione sanitaria il _____ consegnata il _____

In forma integra e sigillata al sig. _____.

FIRMA