

Al Direttore Sanitario dell'A.S.L. CN1 di Cuneo del Presidio di  
 Fossano – Caraglio       Mondovì – Ceva       Savigliano -Saluzzo

Oggetto: **RICHIESTA CARTELLA CLINICA OSPEDALIERA da parte di terzi**

**RICHIEDENTE:**

Cognome Nome \_\_\_\_\_ Nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_.

### CHIEDE

**IL RILASCIO DI COPIA CONFORME DELLA CARTELLA CLINICA DEL SOGGETTO DI SEGUITO GENERALIZZATO**, ai sensi dell'art. 92 D.Lgs 196/2003, che prescrive: "Eventuali richieste di presa visione o di rilascio di copia della cartella clinica e dell'acclusa scheda di dimissione ospedaliera da parte di soggetti diversi dall'interessato possono essere accolte, in tutto o in parte, solo se la richiesta di un terzo è giustificata dalla **documentata necessità** di a) far valere o difendere un diritto in sede giudiziaria ai sensi dell'art. 26, comma 4, lettera c), di rango pari a quello dell'interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale e inviolabile; b) di tutelare, in conformità alla disciplina sull'accesso ai documenti amministrativi, una situazione giuridicamente rilevante di rango pari a quella dell'interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale inviolabile."

### INTESTATARIO DELLA CARTELLA CLINICA

Cognome Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

**relativa al ricovero c/o**

Servizio/Struttura \_\_\_\_\_  
Periodo \_\_\_\_\_

**per i seguenti motivi**

---

---

---

---

- **CHIEDE**, altresì di ricevere la documentazione mediante il servizio postale al seguente indirizzo:

**Si impegna** al ritiro della cartella dopo aver effettuato il pagamento presso le casse o tramite c/c postale n. 11775129 (indicando quale causale "Fotocopie L. 241/90") del costo di riproduzione pari ad € **15,00** o nel caso di richiesta urgente € **18,00**. Se la richiesta di accesso è inerente a cartelle cliniche redatte oltre 10 anni prima dalla formulazione della presente istanza dovrà essere pagato un importo pari ad € **20,00** o nel caso di richiesta urgente € **23,00**

**Dichiara** di essere consapevole delle sanzioni penali, previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000;

**Dichiara**, inoltre, di essere informato che i suoi dati personali saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

**ALLEGA** alla presente la seguente documentazione atta a comprovare il proprio interesse ad ottenere copia della cartella clinica:

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_

Luogo e data

Firma del richiedente

## AVVERTENZE

1. Allegare fotocopia del documento d'identità se la richiesta viene inviata a mezzo posta o recapitata da soggetto diverso dal richiedente.
2. Se la richiesta o il ritiro viene fatto da una **persona delegata**, la stessa deve avere delega scritta e fotocopia del documento di identità del delegante.

## Da compilare a cura dell'Ufficio che riceve la documentazione

Doc. di identificazione \_\_\_\_\_

Conosciuto dall'operatore \_\_\_\_\_

Notifica ai controinteressati in data \_\_\_\_\_

Visto si autorizza il rilascio. Il Direttore Sanitario di Presidio \_\_\_\_\_



**A.S.L. CN1**

Azienda Sanitaria Locale  
di Cuneo, Mondovì e Savigliano

Via Carlo Boggio, 12 - 12100 Cuneo CN

Tel. +39 0171 450111 fax +39 0171 450743

e-mail: [protocollo@aslc1.legalmailPA.it](mailto:protocollo@aslc1.legalmailPA.it) - [www.aslc1.it](http://www.aslc1.it)

---

P.I. /Cod. Fisc. 01128930045