

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

Oggetto: **RICHIESTA CARTELLA CLINICA OSPEDALIERA**

RICHIEDENTE:

Cognome Nome _____ nato/a a _____
il _____ Residente a _____
in Via _____ Tel _____.

CHIEDE IL RILASCIO DI COPIA CONFORME DELLA CARTELLA CLINICA

relativa al proprio ricovero c/o Struttura _____
del Presidio Ospedaliero di _____ .
Periodo _____

relativa al ricovero del/la Sig./a _____
Nato/a _____ il _____
Residente a _____ in via _____
c/o la Struttura _____ di _____
Periodo _____

DICHIARA, ai sensi degli artt. 46 – 47 DPR 445/00, **DI ESSERE**

(da compilare solo se la cartella clinica si riferisce a persona diversa dal richiedente)

- esercente la potestà genitoriale dell'intestatario della cartella clinica;
- tutore del minore intestatario della cartella clinica;
- tutore dell'interdetto/a intestatario della cartella clinica;
- amministratore di sostegno dell'intestatario della cartella clinica;
- erede dell'intestatario della cartella clinica;
- coniuge e dichiara, inoltre che l'intestatario della cartella clinica è temporaneamente impedito alla sottoscrizione per ragioni connesse allo stato di salute;
- figlio/a (solo in assenza del coniuge) e dichiara, inoltre che l'intestatario della cartella clinica è temporaneamente impedito alla sottoscrizione per ragioni connesse allo stato di salute;

- o altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado (solo in assenza del coniuge e del figlio dell'intestatario) e dichiara, inoltre, che l'intestatario della cartella clinica è temporaneamente impedito alla sottoscrizione per ragioni connesse allo stato di salute.

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

Si impegna al ritiro della cartella.

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 ricevuta del pagamento effettuato presso le casse o tramite c/c postale n. 11775129 (indicando quale causale "Fotocopie L. 241/90") del costo di riproduzione della cartella clinica pari ad € 15,00 o nel caso di richiesta urgente € 18,00, oltre € 5,00 per le richieste di accesso relative a cartelle redatte oltre 10 anni prima dalla formulazione della presente istanza.

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 dell'intestatario della cartella clinica.

A cura dell'Ufficio che riceve la documentazione

Doc. di identificazione _____

Conosciuto dall'operatore _____

Visto si autorizza il rilascio. Il Direttore Sanitario di Presidio _____