



ISTITUTO CLINICO
BEATO MATTEO

**RICHIESTA DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA DA PARTE DI
CONIUGE/ASCENDENTE/DISCENDENTE DI PAZIENTE DEFUNTO**

Io sottoscritto/a _____ nata/o a _____ il _____
indirizzo _____ telefono _____

consapevole delle conseguenze penali in caso di falsa dichiarazione (art. 76 D.P.R. 445/2000),

DICHIARO

(ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000, Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà)

di essere coniuge/ascendente/discendente (specificare il grado di parentela) _____
ed erede legittimo del Sig. / della Sig. _____ nato a _____ il _____

e che lo stesso / la stessa è deceduto / a il _____ e di essere pertanto autorizzato, quale erede legittimo, a
richiedere la copia della cartella clinica relativa al ricovero del defunto /della defunta dal _____ al
_____ presso il Reparto _____ per uso _____

Ritirerò personalmente, facendomi riconoscere attraverso il mio documento di identità, di cui lascio copia

Facendomi riconoscere attraverso il mio documento di identità, di cui lascio copia, chiedo che la copia della cartella
clinica sia spedita per posta a mie spese, senza che ciò comporti alcuna responsabilità dell'Istituto in caso di
smarrimento, al seguente indirizzo: _____

delego al ritiro persona di mia fiducia compilando la delega sotto riportata e allegando copia del mio documento
d'identità

*L'erede richiedente acconsente al trattamento dei propri dati personali da parte dell'Istituto, in accordo col decreto legislativo
196/2003, Codice sulla Privacy – al solo fine di gestire la presente richiesta.*

Data _____ Firma _____

DELEGA PER IL RITIRO DELLA COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

Io sottoscritto / a _____ delego

il Sig. / la Sig.a _____ nata/o a _____ il _____ residente a _____
a ritirare la copia della cartella clinica da me richiesta. **A tale scopo allego copia del mio documento di identità.**

Data _____ Firma _____

FIRMA AL RITIRO

Quale richiedente oppure: Quale delegato ritiro in data odierna la copia della cartella clinica richiesta

*Il delegato acconsente al trattamento dei propri dati personali da parte dell'Istituto, in accordo col decreto legislativo 196/2003,
Codice sulla Privacy – al solo fine di gestire la delega*

Data: _____ Firma : _____

Riservato all'Incaricato dell'Istituto:

N. richiesta: _____

In data odierna ho consegnato al richiedente al delegato copia della cartella clinica N. _____

Allegati :

| | | |
|--|----|----|
| - copia del documento richiedente | SI | NO |
| - copia del documento del delegato (in caso di delega) | SI | NO |

Data _____ Firma dell'Incaricato _____