ISTITUTO CLINICO
BEATO MATTEO

RICHIESTA DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA DA PARTE DEL GENITORE / TUTORE / CURATORE

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. 46 D.P.R. n. 445/2000, Dichiarazione sostitutiva di certificazione)

di esercitare legalmente la potestà di (barrare la voce che interessa)

GENITORE TUTORE CURATORE

dell'Interessato (nome cognome del minore o della persona affidata): _____
nato/a a _____ il _____,
e di essere pertanto legittimato a richiedere copia della cartella clinica relativa al ricovero dell'interessato

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

Il 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 _____nata/o a _____il_____residente a_____ **delego**
il Sig. / la Sig.a (nome cognome in chiaro) _____
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 Genitore , Tutore , Curatore , 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:

In data odierna ho consegnato al Genitore , Tutore , Curatore , 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_____

MOD. RCC 3