



ISTITUTO CLINICO  
BEATO MATTEO

**RICHIESTA DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA DA PARTE DELL'INTERESSATO**

Io sottoscritto / a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

**chiedo** copia della cartella clinica per uso \_\_\_\_\_ riferita

al mio ricovero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso il Reparto \_\_\_\_\_

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

Data \_\_\_\_\_ Firma dell'Interessato: \_\_\_\_\_

**DELEGA PER IL RITIRO DELLA COPIA DELLA CARTELLA CLINICA**

Io sottoscritto / a \_\_\_\_\_ **delego**

il Sig. / la Sig.a \_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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 DELLA COPIA DELLA CARTELLA CLINICA**

Quale interessato 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 all'interessato \_\_\_\_\_ al delegato \_\_\_\_\_ copia della cartella clinica N. \_\_\_\_\_

In data odierna ho spedito all'indirizzo indicato la copia della cartella clinica richiesta

Allegati :

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

Data \_\_\_\_\_ Firma dell'Incaricato \_\_\_\_\_