

**ALL'ARCHIVIO DELLE CARTELLE CLINICHE**
**TEL. 079 2062608**
**FAX 079 2062611**
**OGGETTO: Richiesta cartella clinica**

INTESTATARIO/A DELLA CARTELLA.....	
NATO/A A.....	PROV ..... IL .....
E RESIDENTE IN ..... VIA ..... N .....	
CITTA'.....	CAP ..... PROV .....
CF <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	TEL .....

PERIODO DEL RICOVERO	UNITÀ OPERATIVA/ REPARTO	N. COPIE

**in qualità di incaricato e/o intestatario, chiede che gli venga rilasciata copia conforme all'originale di**

 **cartella clinica**
 **certificato passaggio in Pronto Soccorso**

**Da compilarsi solo se persona diversa dall'intestatario della cartella clinica**

RICHIEDENTE DELLA CARTELLA.....	
NATO/A A.....	PROV ..... IL .....
E RESIDENTE IN ..... VIA ..... N .....	
CITTA'.....	CAP ..... PROV .....

NOTE: Allegare fotocopia documento d'identità (fronte/ retro) in corso di validità, del richiedente e dell'intestatario della documentazione sanitaria.

**N.B. Ai sensi e per gli effetti dell' art. 13 D. Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" dichiaro di essere a conoscenza della vigente normativa in materia di Tutela della riservatezza dei dati personali e di quelli sensibili a carattere sanitario, nonché dei diritti a me riconosciuti dagli artt. 7-10 del D. Lgs. n. 196/2003.**

**Firma del richiedente.....**
**Sassari, lì.....**
**Documentazione ritirata.....**
**Firma per ricevuta.....**