

## RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

del sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ telefono n° \_\_\_\_\_

In qualità di

Intestatario

Rappresentante (tutore, amministratore di sostegno) \_\_\_\_\_ (specificare)

Delegato

Erede

Terzo

### CHIEDE

il rilascio di copia della cartella clinica intestata alla persona sopraindicata.  
Consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di  
dichiarazioni mendaci o reticenti dichiara che il motivo a fondamento della presente è il  
seguente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(da compilare solo in caso di richiesta del terzo non titolare di delega o dell'erede)

In caso di rilascio di quanto richiesto, si impegna ad utilizzare i dati forniti esclusivamente  
per i motivi sopraindicati.

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
firma

Allega alla presente:

atto di delega oppure documentazione attestante la qualità di rappresentante o di  
erede;

spazio per l'autentica della firma, se non viene allegato un documento d'identità

**NOTE:** Il tempo di consegna della fotocopia di cartella clinica è di 10 gg dalla data di consegna  
della presente richiesta all'Ufficio dell'Assistente Sociale. (tel 0444 422 430 o fax 0444 422 401).  
La tariffa per il rilascio di ogni copia della cartella è di **10 € + 4 €** di spese nel caso di spedizione al  
proprio domicilio tramite il servizio postale.