



GRAVEDONA ed UNITI \_\_\_\_\_

## RICHIESTA DI FOTOCOPIA CARTELLA CLINICA

Si richiede copia fotostatica della cartella clinica del Sig. \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

ricoverato presso questo Ospedale il \_\_\_\_\_

**MOTIVO DELLA RICHIESTA:** \_\_\_\_\_

Documento n. \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

### AVVISO PER IL RICHIEDENTE

La fotocopia verrà consegnata **SOLO ED ESCLUSIVAMENTE** all'intestatario della cartella clinica, ricoverato presso questo Istituto.

Si potrà consegnare ad altra persona solo se la stessa presenterà un documento di riconoscimento personale, **DELEGA SCRITTA E DOCUMENTO DI IDENTITÀ** dell'intestatario della cartella clinica.

Nel caso in cui l'intestatario della cartella clinica sia deceduto, la persona che intende ritirare la documentazione dovrà rilasciare una **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ** in cui dichiarare il grado di parentela con il defunto e di esserne il legittimo erede.