DIREZIONE MEDICA DELL'OSPEDALE

P.O. CONEGLIANO	TEL. 0438-663218	FAX 0438-663763
P.O. VITTORIO VENETO	TEL. 0438-665323	FAX 0438-665318
P.O. DE GIRONCOLI	TEL. 0438-654267	FAX 0438-62896

MODULO RICHIESTA

COMPILAZIONE A CURA DEL RICHIEDENTE

COMPILARE IN STAMPATELLO

RICHIESTA: ❑ COPIA CARTELLA CLINICA ❑ COPIA VERBALE DI PRONTO SOCCORSO
❑ COPIA CARTELLA AMBULATORIALE ❑ COPIA RISCONTRO DIAGNOSTICO

Del/la Sig./ra……nato/a a……..
il…….residente a……..Via……n°……
C.A.P……..Prov……Tel……

Ricoverato/a nel Reparto…… dal……al……..
Ricoverato/a nel Reparto…… dal……al……..
Ricoverato/a nel Reparto…… dal……al……..

Il/La richiedente si impegna a ritirare il documento entro 10 giorni da quando è pronto per la consegna, in caso di mancato ritiro, accetta che gli venga spedito a domicilio con spese postali a suo carico, prende atto di dover pagare, ai sensi dell'art. 5, punto 8 della Legge n. 407 del 29/12/1990, l'intero importo della copia in caso di mancato ritiro.

MINORE

Il/La sottoscritto/a ……..nato/a a……il……
Residente in via…….n°…….. C.A.P……Comune…….Prov……..

❑ GENITORE ❑ TUTORE DEL MINORE

DICHIARA l'insussistanza della preclusione dalla podestà di cui al 3° comma dell'art. 155 C.C. e di avere l'assenso di altri aventi diritto a richiedere e ritirare il documento clinico di che trattasi, assumendone tutte le eventuali responsabilità.

EREDE

Il/La sottoscritto/a ……..nato/a a……il……
Residente in via…….n°…….. C.A.P……Comune…….Prov……..

LEGITTIMO EREDE DICHIARA: di essere …… Del/la Sig./ra …… deceduto/a in data…… e come tale erede legittimo/a, di aver diritto a richiedere e ritirare il documento clinico di cui trattasi e di avere l'assenso di altri eredi, assumendone tutte le eventuali responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti o dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n° 445

Delego al ritiro del documento

Il/La Sig./ra……
Nato/a…….il…….

N.B.= la persona delegata deve presentarsi con un suo documento di riconoscimento valido, e la fotocopia di un documento di riconoscimento valido della persona che fa la delega

Spedire al seguente indirizzo

Sig./ra……
Via……n°……
C.A.P……..Comune……..Prov……

N.B.= per la spedizione a domicilio è indispensabile presentare un documento valido del titolare (anche in fotocopia)

Manifesto a codesta Azienda il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili nel rispetto della normativa vigente e il mantenimento dei dati in archivio per i tempi previsti dalla legge.

DATA…… FIRMA DEL RICHIEDENTE……

A cura della SEGRETERIA

cartella n°……
Fogli n°……..

Esibisce il seguente documento: ❑ C.I. ❑P. ……N°……..

Data consegna…….. riscossa tariffa di Euro……

Firma dell'impiegato……..