



UFFICIO CARTELLE CLINICHE

Tel. 0376 83901- Fax 0376 839212 - email: direzione@ospedalevoltamantovana.it
del.....

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

NATO/AIL

RESIDENTE.....VIA.....

TELEFONO.....

N° E TIPO DOCUMENTO
DI CUI SI ALLEGA COPIA

RICHIEDE COPIA DI CARTELLA CLINICA DI
(se persona diversa dal richiedente) NATO IL

DEI RICOVERI EFFETTUATI PRESSO IL REPARTO

DI DALAL.....

DI DALAL.....

DI DALAL.....

completa di: CD RADIOLOGIA CD EMODINAMICA

Per uso:
 ALTRO..... SANITARIO

**SI AVVISA CHE LA DOCUMENTAZIONE CLINICA RICHIESTA PUO' ESSERE RITIRATA SOLO DALL'INTERESSATO/A
O DA PERSONA DA LUI DELEGATA PER ISCRITTO MUNITA DI DOCUMENTO DI IDENTITA'**

Con la presente si richiede LA SPEDIZIONE AL DOMICILIO DELL'INTESTATARIO DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA
IN VIALOC.....CAP.....
TRAMITE RACCOMANDATA R.R. - CON SPESE A CARICO DEL RICHIEDENTE

FIRMA

IL SOTTOSCRITTO/A.....AI SENSI DELL'ART. 4 DELLA L. 04/01/1968 n° 15
DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

DI ESERCITARE LA PODESTA' SUL MINORE
 DI ESSERE EREDE LEGITTIMO DEL SIG.deceduto il.....

FIRMA

(le false dichiarazioni sono soggette alle sanzioni previste dall'art. 26 L. 4/01/1968)

Il sottoscritto esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali, anche a quelli cosiddetti "sensibili" in ordine alla comunicazione ed alla diffusione degli stessi, nell'ambito della finalità della Legge 31.12.1996 n. 675 e successive (D.Lgs 196/2003) codice sulla privacy.

**RITIRO PRESSO I POLIAMBULATORI-UFFICIO ACCETTAZIONE NEI SEGUENTI
ORARI dal LUNED' al VENERDI' dalle 9.00 alle 17.30.**

FIRMA