

RICHIEDTA COPIA CARTELLA CLINICA

Intestatario della documentazione

Nome _____ Cognome _____
Nato a _____ Prov. _____ il _____ / _____ / _____ / _____
Residente a _____ Cap _____ Prov. _____
Via _____ n. _____ Tel.n. _____

Richiedente (compilare solo se persona diversa dall'intestatario)

Nome _____ Cognome _____
Nato a _____ Prov. _____ il _____ / _____ / _____ / _____
Residente a _____ Cap _____ Prov. _____
Via _____ n. _____ Tel. _____

Consapevole delle responsabilità previste dall'art.76 del DPR 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci

IN QUALITA' DI

- Genitore esercente la responsabilità genitoriale
- Tutore (allegare provvedimento di nomina da parte del Giudice tutelare del Tribunale)
- Curatore (allegare provvedimento di nomina da parte del Giudice tutelare del Tribunale)
- Amministratore di sostegno (allegare provvedimento di nomina da parte del Giudice tutelare del Tribunale)
- Erede (che agisce in nome e per conto degli altri coeredi) allegare dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà)

CHIEDE

Copia Cartella Clinica: Reparto _____

Periodo di ricovero _____

Il tempo di consegna è di gg.30 dalla richiesta, purché siano trascorsi almeno gg. 20 dalla dimissione. La tariffa è di €10,00 da versare presso l'Ufficio Ticket (utilizzo POSS solo presso P.O. "Annunziata").

In caso di spedizione effettuare versamento di €16,25 (€10,00 + €6,25 di spese di spedizione) sul c/c postale n. 16384877 intestato Azienda Ospedaliera di Cosenza, specificando la causale:

a)indirizzo intestatario b)indirizzo richiedente c)altro indirizzo _____

Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali), acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Luogo e data _____ Firma _____

Documento d'identità _____