



UFFICIO CARTELLE CLINICHE

VIA GARIBARLI ,81 - 46043 CASTIGLIONE DELLE STIVIERE MN

Tel. 0376 635302 - Fax 0376 635229 - email: direzione@ospedalecastiglione.it

del.....

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

NATO/A **IL**

RESIDENTE..... **VIA**.....

TELEFONO.....

N° E TIPO DOCUMENTO
DI CUI SI ALLEGA COPIA

RICHIESTE COPIA DI CARTELLA CLINICA DI

(se persona diversa dal richiedente) **NATO IL**

DEI RICOVERI EFFETTUATI PRESSO IL REPARTO

DI **DAL** **AL**.....

DI **DAL** **AL**.....

DI **DAL** **AL**.....

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 VIA **LOC**..... **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 8.00 alle 18.30.

FIRMA