RICHIESTA DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

Documentazione sanitaria · art. 4 della legge 8 marzo 2017, n. 24

Alla Direzione Sanitaria / Ufficio cartelle cliniche di (ospedale, clinica)

Indirizzo / PEC

Oggetto: richiesta di copia della documentazione sanitaria (art. 4 L. 24/2017)

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome)

Codice fiscale

Residente in (indirizzo completo)

Telefono

Email / PEC

in qualità di: ☐ paziente ☐ genitore / tutore / amministratore di sostegno ☐ erede del paziente deceduto ☐ delegato del paziente (vedi delega sotto)

Paziente: cognome e nome

Nato/a a, il

Reparto / servizio

Ricovero dal … al … (o data della prestazione)

Numero di cartella / pratica (se noto)

CHIEDE il rilascio in copia conforme di: ☐ cartella clinica del ricovero ☐ documentazione del pronto soccorso ☐ documentazione ambulatoriale ☐ immagini radiologiche su supporto digitale ☐ altro: _____

da ricevere tramite: ☐ ritiro allo sportello ☐ spedizione all'indirizzo indicato ☐ PEC / email all'indirizzo indicato. Dichiara di accettare il pagamento dei costi previsti dalla struttura.

Luogo e data

Il/La richiedente (firma)

DELEGA AL RITIRO (se ritira un'altra persona)

Il/La sottoscritto/a delega il/la Sig./Sig.ra

Documento (tipo e numero)

Luogo e data

Firma del delegante

Allegare copia del documento d'identità del richiedente e, in caso di delega, anche del delegato. Gli eredi allegano una dichiarazione sostitutiva della qualità di erede. La struttura fornisce la documentazione entro 7 giorni, integrazioni entro 30 giorni (art. 4, comma 2, L. 24/2017).