

RICHIESTA CARTELLA CLINICA

7° piano Ospedale SS. Annunziata via De Nicola

TEL. 079 2062608 mail: cartelle.cliniche@aouss.it

INTESTATARIO/A DELLA CARTELLA.....	
NATO/A A.....	PROV IL
E RESIDENTE IN VIA N	
CITTA' CAP PROV	
CF <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	TEL

Da compilarsi solo se persona diversa dall'intestatario della cartella clinica

RICHIEDENTE DELLA CARTELLA.....	
NATO/A A.....	PROV IL
E RESIDENTE IN VIA N	
CITTA' CAP PROV	

PERIODO DEL RICOVERO	UNITÀ OPERATIVA/ REPARTO	N. COPIE

in qualità di incaricato e/o intestatario, chiede che gli venga rilasciata copia conforme all'originale di

 cartella clinica **certificato passaggio in Pronto Soccorso**

NOTE: Allegare fotocopia documento d'identità (fronte/ retro) in corso di validità, del richiedente e dell'intestatario della documentazione sanitaria.

N.B. Ai sensi e per gli effetti dell' art. 13 D. Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" dichiaro di essere a conoscenza della vigente normativa in materia di Tutela della riservatezza dei dati personali e di quelli sensibili a carattere sanitario, nonché dei diritti a me riconosciuti dagli artt. 7-10 del D. Lgs. n. 196/2003.

Firma del richiedente.....

Sassari, li.....

Documentazione ritirata il.....

Firma per ricevuta.....

Da compilare in caso di spedizione a domicilio

Il sottoscritto.....chiede sollevando l'AOU da eventuali responsabilità, la spedizione al seguente indirizzo:

Destinatario.....Via.....n°.....

Città'..... PROVCAP

Firma.....