**AOU** Sassari

**Ospedale Civile**
**SS. Annunziata Sassari**

**Direzione Medica di Presidio**

# RICHIESTA CARTELLA CLINICA

**7°piano Ospedale SS. Annunziata via De Nicola**

**TEL. 079 2644736 mail: cartelle.cliniche@aouss.it**

INTESTATARIO/A DELLA CARTELLA.....

NATO/A A..... PROV ..... IL .....

E RESIDENTE IN .....VIA .....N .....

CITTA'.....CAP ..... PROV .....

CF ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ 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, lì**.....

**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'**..... **PROV** .....CAP

**Firma**.....