



Archivio Clinico P.O. Villa Sofia – C.T.O. Tel. 091-7804074

RICHIESTA COPIE DOCUMENTAZIONE CLINICA Prot. \_\_\_\_\_ Del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PAZIENTE: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Si chiede copia della cartella clinica dei ricoveri sotto elencati

Reparto \_\_\_\_\_ C.c. n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_ C.c. n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_ C.c. n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_ C.c. n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Si chiede copia dei referti di Pronto Soccorso sotto elencati

Del \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Del \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Del \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Delego alla richiesta ed al ritiro il/la Sig./ra

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità art. 76 del D.P.R. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci, dichiaro di essere:

Coniuge -  Genitore esercente patria potestà -  Figlio/a

Delegato -  Altro (Specificare) \_\_\_\_\_

Data Richiesta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del richiedente

Data Ritiro \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma per ricevuta

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
(Art. 47 DPR 28/12/2000 n°445)

(Da compilare se la documentazione sanitaria richiesta è relativa ad un paziente defunto)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Residente \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**DICHIARA DI ESSERE LEGITTIMO EREDE**

E come tale **EREDE LEGITTIMO**, avente diritto a richiedere e ritirare i documenti Clinici di che trattasi e di avere l'assenso degli altri eredi assumendone tutte le eventuali responsabilità.

Del/la Sig/ra \_\_\_\_\_  
Nato/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Residente \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Deceduto/a U.O. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Cartella Clinica n° \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Cartella Clinica n° \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Cartella Clinica n° \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Verbale di P.S. n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti o dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'Art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n° 445.

Letto, confermato e sottoscritto

Palermo \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Il dichiarante \_\_\_\_\_



UNITA' OPERATIVA COMPLESSA DI DIREZIONE MEDICA DEI PRESIDII VILLA SOFIA E V. CERVELLO

Ufficio Cartelle Cliniche P.O. Villa Sofia – C.T.O.

### DELEGA RITIRO DOCUMENTI CLINICI

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

### DELEGA

Il Signor/ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Al ritiro dei seguenti Documenti Clinici:

.....

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

- Allegare fotocopia di documento d'identità valido del delegante
- Allegare fotocopia di documento d'identità valido del delegato
- Il delegato deve essere persona maggiorenne e munito di un proprio documento d'identità.

Luogo e data .....

Firma .....  
( per esteso e leggibile )

Firma dell'impiegato addetto \_\_\_\_\_