



Direzione Medica:  P.O. Garibaldi Centro  P.O. Garibaldi Nesima

**Ufficio Cartelle Cliniche**

**MODULO DI RICHIESTA DI COPIA DI CARTELLA CLINICA/DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Il/La sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali che la legge prevede in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, così come disposto dall'art. 76 del D.P.R. n.445/2000,

**DICHIARA**

di essere legittimato a richiedere il rilascio della cartella clinica/documentazione sanitaria di:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

in qualità di:

<input type="checkbox"/>	Genitore esercente la responsabilità genitoriale ovvero genitore affidatario del minore suindicato
<input type="checkbox"/>	Tutore / Curatore del soggetto suindicato. In tali casi, specificare: ATTO _____ del _____ rilasciato da _____
<input type="checkbox"/>	Erede legittimo o testamentario in quanto: <input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio <input type="checkbox"/> Altro

**RELATIVA ALLA DEGENZA PRESSO**

Ricovero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_  
Ricovero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_

**PRIMA RICHIESTA**

**RICHIESTA SUCCESSIVA ALLA PRIMA**

Catania, lì \_\_\_\_\_

Firma del richiedente