



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 **TITOLARE** a richiedere il rilascio della cartella clinica/documentazione sanitaria relativa alla degenza presso:

Ricovero dal _____ al _____ U.O. _____

PRIMA RICHIESTA

RICHIESTA SUCCESSIVA ALLA PRIMA

Catania, lì _____

Firma del richiedente