

**ASL Oristano**

Azienda socio-sanitaria locale

S.C. Direzione Sanitaria di Presidio

MODULO

Richiesta copia CARTELLA CLINICA
e DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Data: 04/07/2024

Revisione: 0

Pagina: 1 di 1

All'Ufficio Cartelle Cliniche del P.O. San Martino
Viale Rockefeller n. 1 - 09170 – Oristanomail: cartelle.cliniche@asloristano.it**Oggetto:** richiesta copia di cartella clinica/documentazione sanitaria ospedalieraIl/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
C.F. _____ residente in _____ Via _____,
tel. _____ e mail _____, con documento
n. _____ (allegato in copia), rilasciato da _____ il _____,**DICHIARA**, sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28/12/2000, n. 445 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 in caso di dichiarazioni mendaci,**in qualità di (barrare l'opzione corretta):**

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> diretto interessato | <input type="checkbox"/> erede (specificare grado di parentela/affinità/altro) |
| <input type="checkbox"/> esercente la potestà genitoriale | <input type="checkbox"/> delegato/a (allegare delega e documento di identità del delegante) |
| <input type="checkbox"/> tutore/amministratore di sostegno (indicare estremi di nomina) | <input type="checkbox"/> altro (specificare titolo dell'avente diritto) _____ |

CHIEDE**copia conforme della cartella clinica/documentazione sanitaria ospedaliera _____ di:**Nome _____ Cognome _____
nato/a _____ il _____ C.F. _____
residente in _____ Via _____**ricoverato/a presso i Reparti di:**

_____ dal _____ al _____	_____ dal _____ al _____
_____ dal _____ al _____	_____ dal _____ al _____

Si chiede che, in caso di accoglimento dell'istanza, la documentazione sia consegnata:

- a mano
- al seguente indirizzo _____
previo pagamento delle spese di spedizione e di riproduzione, se dovute.

Il/la sottoscritto/a richiedente DELEGA per il ritiro:

Nome _____ Cognome _____
nato/a _____ il _____ C.F. _____
residente in _____ Via _____**Data** _____**Firma** _____Con la presente, ai sensi del vigente Codice in materia di protezione dei dati personali di cui al D.Lgs 30/06/2003, n. 196 e ss.mm.ii.,
il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali nella misura necessaria al riscontro della presente istanza.**Data** _____**Firma** _____SC Direzione Sanitaria di Presidio
Via Rockefeller n. 1 09170 Oristano
direzionemedicasanmartino@pec.asloristano.it
direzione.sanmartino@asloristano.it
tel. 0783/3171Ufficio Cartelle Cliniche
Via Rockefeller n. 1 09170 Oristano
P.O. San Martino – piano terra
cartelle.cliniche@asloristano.it
tel. 0783/317305 – 0783/317307**Orari di apertura al pubblico**
dal martedì al venerdì - dalle 8.30 alle 12.30
martedì e giovedì – dalle 15.30 alle 17.30