

**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](mailto: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](mailto:direzionemedicasanmartino@pec.asloristano.it)  
[direzione.sanmartino@asloristano.it](mailto: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](mailto: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