

## RICHIESTA DA PARTE DI EREDE LEGITTIMATO

### Oggetto: Istanza per il rilascio di copia autentica all'originale della cartella clinica da parte di EREDE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Avvalendosi della facoltà stabilita dall'art. 46 del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità dichiara di essere EREDE legittimato e di agire in nome e per conto di tutti gli altri eredi di

\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ e deceduto a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

paziente –degente ricoverato presso codesta casa di cura

#### CHIEDE IL RILASCIO DI

- COPIA DELLA CARTELLA CLINICA, relativa al ricovero avvenuto presso la Clinica
- nel periodo \_\_\_\_\_ reparto \_\_\_\_\_  
nel periodo \_\_\_\_\_ reparto \_\_\_\_\_  
nel periodo \_\_\_\_\_ reparto \_\_\_\_\_
- COPIA REFERTI di prestazioni sanitarie (visite, esami strumentali, di laboratorio..) eseguite in data \_\_\_\_\_ descrizione prestazione \_\_\_\_\_
- CERTIFICAZIONI ( di ricovero, di dimissione, ecc.)
- COPIA DI DOCUMENTAZIONE RADIODIAGNOSTICA relativa a prestazione eseguita in data \_\_\_\_\_ per il seguente esame: - ecografia - TAC - Mammografia - Radiologia - Funzionale
- ALTRO \_\_\_\_\_

#### INDICA LA SEGUENTE MODALITA' DI RITIRO

- Personalmente
- Mediante spedizione postale all'indirizzo \_\_\_\_\_  
Dichiara di accettare che il recapito dei suddetti referti clinici avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale, che prevede anche la consegna anche a persona diversa dal destinatario presente nel domicilio ( es. familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc..)

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.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma per esteso del richiedente \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38 del DPR n. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato/a in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio

### INFORMAZIONI PER IL RICHIEDENTE

Il pagamento delle spese di copia e/o spedizione della documentazione sanitaria deve essere effettuato in anticipo.

Questo significa che la richiesta di documentazione sanitaria sarà soddisfatta solo dal momento in cui verrà accertato il versamento delle spese.

Le documentazioni sanitarie non ritirate entro 90 giorni dalla disponibilità saranno eliminate

### PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

La documentazione sanitaria richiesta viene:

- Consegnata, previa esibizione di documento d'identità, al Sig/Sig.ra \_\_\_\_\_
- Inviata con mezzo postale all'indirizzo indicato

Data \_\_\_\_\_

Firma per esteso dell'incaricato alla copia cartella \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma per esteso dell'incaricato alla consegna \_\_\_\_\_

Firma per esteso del ricevente \_\_\_\_\_