



# Richiesta documentazione sanitaria

Documento ID

**P01-richiesta**

Revisione e data

**Rev. 00 del****01/02/2023**

Al Direttore Sanitario di Villa al Lago

## RICHIESTA COPIA

Verbale/Referto:

LETTERA DIMISSIONI  CARTELLA CLINICA  ESTRATTO CARTELLA CLINICA  Altro \_\_\_\_\_

## GENERALITÀ DELL'INTESTATARIO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_ in vita SI  NO 

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Residente P.zza/Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

## DATI RELATIVI AL RICOVERO

Ricovero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ reparto \_\_\_\_\_

## GENERALITÀ DEL RICHIEDENTE

DIRETTO INTERESSATO  ALTRO SOGGETTO AVENTE DIRITTO 

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in Via/P.zza \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Tel./Cell. \_\_\_\_\_

Firma del Richiedente \_\_\_\_\_

Avvalendomi delle disposizioni di cui all'art. 46 del DPR 28.12.2000 n. 445, consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni previste dal CPP e dalle Leggi speciali in materia, sotto la mia responsabilità  
DICHIARO di essere:

GENITORE (esercitante la patria potestà)  TUTORE  MINORE EMANCIPATO (previa esibizione di idonea certificazione) EREDE  dell'intestatario deceduto il \_\_\_\_\_EREDE LEGITTIMO  dell'intestatario deceduto il \_\_\_\_\_EREDE TESTAMENTARIO  dell'intestatario deceduto il \_\_\_\_\_ NUMERO TESTAMENTO \_\_\_\_\_

ALTRO \_\_\_\_\_

Accertamento identità del richiedente (a cura dell'operatore addetto):

Carta Identità  Patente Guida  Altro \_\_\_\_\_ NUMERO \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ scad. \_\_\_\_\_ firma/sigla operatore \_\_\_\_\_

**MODALITÀ DI RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE**

Ritiro da parte dell'Interessato

Ritiro di parte di persona delegata

Data della richiesta \_\_\_\_\_ Firma richiedente \_\_\_\_\_

Vista la richiesta e gli eventuali allegati si autorizza il rilascio della documentazione di cui sopra.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

IL DIRETTORE SANITARIO

\_\_\_\_\_