

## RICHIESTA COPIA DI CARTELLA CLINICA

Peschiera del Garda, li

Spett/le  
Direzione Sanitaria  
Ospedale P.Pederzoli - Casa di Cura Privata S.p.A.  
Via monte Baldo, 24  
37019 Peschiera del Garda (VR)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
residente in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

in qualità di (barrare il caso che interessa):

- titolare
- legale rappresentante (genitore di minore, tutore), come da autocertificazione in allegato
- erede, come da autocertificazione in allegato
- delegato, come da autocertificazione in allegato

### chiede

che venga rilasciata, in carta libera per gli usi consentiti dalla legge e previo pagamento del costo sostenuto, copia fotostatica della cartella clinica relativa alla seguente degenza (compilare a caso che interessa):

Paziente \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

ricoverato dal \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ al \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ reparto \_\_\_\_\_  
ricoverato dal \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ al \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ reparto \_\_\_\_\_  
ricoverato dal \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ al \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ reparto \_\_\_\_\_

La predetta copia (barrare il caso che interessa):

- sarà consegnata nelle mie mani;
- sarà consegnata al/la sig./ra \_\_\_\_\_ che viene da me delegato/a al ritiro tramite il presente atto; a tal fine pongo in allegato alla presente copia del mio documento di identità
- sarà inviata all'indirizzo del titolare

In fede,

\_\_\_\_\_

(firma leggibile)

L'impiegato presente al momento della sottoscrizione

\_\_\_\_\_

## DELEGA PER IL RITIRO DI COPIA DI CARTELLA CLINICA

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

### DELEGA

il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

### A RITIRARE LA COPIA DI CARTELLA CLINICA DA ME RICHIESTA

Il delegante

\_\_\_\_\_

(firma)

**N.B.: allegare fotocopia integrale (fronte e retro) del documento di identità del delegante**