



Alla Direzione Medica di Presidio
A.O.U. Policlinico "G. Rodolico – San Marco" di Catania

Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico
"G. Rodolico – San Marco"
CATANIA

Ufficio Cartelle Cliniche **P.O. G.Rodolico**
 P.O. S.Marco

MODULO per RICHIESTA / RITIRO CARTELLA DI PRONTO SOCCORSO

Il/la Sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____, residente in _____

via _____, n° _____

COD. FISC. _____; Residente in _____
Città _____ Tel. _____ n° documento di
riconoscimento _____ rilasciato il _____ da _____,

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali che la legge prevede in caso di
dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, così come disposto dall'art. 76 del DPR n° 445/2000,

DICHIARA

di essere legittimato a richiedere / ritirare la **Cartella di Pronto Soccorso** di:

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ via _____ n. _____

codice fiscale _____,

in qualità di:

- Titolare della documentazione (se maggiorenne);
- Genitore esercente la responsabilità genitoriale ovvero genitore affidatario del minore suindicato;
- Tutore/Curatore del soggetto suindicato. In tal caso specificare ATTO N. _____ del _____ rilasciato da _____
- Erede legittimo o testamentario;
- Altro (specificare) _____.

Relativo all'accesso effettuato in data presso:

- PS Generale
- PS Pediatrico
- PS Ostetrico/Ginecologico

Si allega alla suddetta richiesta, copia di valido documento di identità.

Il Dichiarante
