



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

Alla Direzione Medica di Presidio
A.O.U. Policlinico "G. Rodolico – S. Marco" di Catania
Ufficio Cartelle Cliniche
 P.O. G.Rodolico
 P.O. S.Marco

MODULO per RICHIESTA /RITIRO COPIA CARTELLA CLINICA

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 clinica/documentazione sanitaria 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) _____.

Relativa all'accesso in regime di: Ricovero ord. --- Ricovero DH/DS --- Day Service
degenza presso:

- U.O. _____ Periodo dal _____ al _____.
- U.O. _____ Periodo dal _____ al _____.
- U.O. _____ Periodo dal _____ al _____.

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

Il Dichiarante

Catania, _____

Il sottoscritto/a dichiara a tale scopo di avere preso visione del documento "Richiesta di copia di documentazione sanitaria – Informativa sul trattamento dei dati" ed autorizza, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del R.E. 2016/679, l'amministrazione dell'AOU Policlinico "G. Rodolico – S. Marco" di Catania al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente istanza e formati successivamente, per le finalità espresse.

Inoltre è consapevole che trascorso un anno dalla richiesta e riproduzione, le cartelle cliniche non ritirate verranno eliminate.

Il Dichiarante

Catania, _____