ASLMediocampidano
Azienda socio-sanitaria locale

Direzione Sanitaria
Ospedale Nostra Signora di Bonaria

Ufficio Cartelle Cliniche
Dal lunedì al venerdì
Tel. 070/9378270

MODULO DELEGA RICHIESTA /RITIRO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a_____ il _____

e residente a _____ in via _____

nella qualità di:

O Intestatario; O Erede; O Esercente la potestà di genitore; O Tutore; O Curatore; O Amministratore di sostegno

DELEGA

Il/la Sig./ra _____ nato/a _____

il _____ e residente a _____ in via _____

a ritirare copia della seguente documentazione sanitaria di cui è intestatario

il/la Sig./ra _____ nato/a _____

il _____e residente a _____ in via _____

O Copia della cartella clinica relativa alla degenza nel

Reparto_____ dal _____ al _____

Reparto _____ dal _____ al _____

Reparto_____ dal _____ al _____

O Copia verbale dell'accesso al Pronto soccorso avvenuto il _____ alle ore _____;

O duplicato documentazione radiografica relativa all'esame: _____ eseguito il _____

durante il ricovero nel Reparto di _____ dal _____ al _____;

O certificato di riscontro autoptico relativo al decesso avvenuto in data _____ nel Reparto di _____.

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del decreto legislativo 30/06/2003 n.196 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nel lambito del procedimento per il quale la presente istanza viene presentata.

San Gavino M.le. lì _____

Telefono _____

Firma del delegante **Firma del delegato**

_____ _____

O allegata fotocopia del documento di identità delegante
O allegata fotocopia del documento di identità delegato

ASLMediocampidano
Azienda socio-sanitaria locale

Direzione Sanitaria
Ospedale Nostra Signora di Bonaria

Ufficio Cartelle Cliniche
Dal lunedì al venerdì
Tel. 070/9378270

DICHIARAZIONE IMPOSSIBILITATO ALLA SOTTOSCRIZIONE

(art. 4 comma 1 e 2 D.P.R. n.445/2000)

Ai sensi del D.P.R. n.445/200, in qualità di pubblico ufficiale , attesto che la presente richiesta è stata resa in mia presenza dal/dalla Sig./ra:

_____ da me precedentemente identificato/a a mezzo documento _____ n. _____ in quanto :

O non sa firmare O impedito fisicamente a sottoscrivere

San Gavino M.le _____

Firma pubblico ufficiale

_____

IMPEDIMENTO ALLA SOTTOSCRIZIONE E ALLA DICHIARAZIONE (art.4 D.P.R. n. 445/2000)

La dichiarazione di chi non sa o non può firmare è raccolta dal pubblico ufficiale previo accertamento dell'identità del dichiarante.
Il pubblico ufficiale accerta che la dichiarazione è stata a lui resa dall'interessato in presenza di un impedimento a sottoscrivere.