



RSA SALUS

(Decreto C.A. N. U00299 del 25-09-2014)
della SALUS srl
Via Paolo Monelli 43 - 00137 Roma
Tel 06-872032 - Fax 06-872032514
e-mail: info@rsasalus.it
P.I./C.F. 05529091000



MODULO RICHIESTA PER IL RITIRO COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

IN QUANTO:

- Esercitante la rappresentanza legale nei confronti di (1): _____
- Essendo legittimo erede di (2) _____

Per il ricovero dal _____ al _____

La quota di pagamento è di 20 euro.

CHIEDE IL RILASCIO DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

Autorizzo:

il/la sig./ra _____

nato/a _____ il _____

al ritiro presso l'Amministrazione della R.S.A. Salus della copia della cartella clinica relativa alla degenza sopra indicata.

Sono Consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci.

I suoi dati personali sono utilizzati nel rispetto del D.Lgs. 196/2003 art. 13.

- **DOCUMENTAZIONE RICHIESTA**

- (1) Esercitante la rappresentanza legale nei confronti di:**

Nel caso di interdetto o inabilitato:

- copia di documento valido di identità
- stato di famiglia anche autocertificato

- (2) essendo legittimo erede di:**

- copia di un valido documento di identità
- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante la qualifica di legittimo erede (anche autocertificata contenente lo specifico stato di erede legittimo, la relazione di parentela esistente)

DATA _____

FIRMA _____