

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 50,00 euro.

CHIEDE IL RILASCIO DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

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

mezzo posta elettronica all'indirizzo _____

o 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 _____