



RICHIESTA DI COPIA DI CARTELLA CLINICA/CERTIFICATO RICOVERO E DIMISSIONE
UFFICIO CARTELLE CLINICHE (VIA GRAMSCI, 14 - 43126 PARMA - FAX N. 0521 702280)

Il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____
a _____ residente a _____
(cap. _____) via _____ n. _____ tel. _____

IN QUALITÀ DI:

- ☐ **a)** diretto interessato (titolare della cartella clinica)
☐ **b)** esercente la potestà genitoriale nei confronti del minore _____
☐ **c)** legale rappresentante, tutore, curatore, amministratore di sostegno di _____
☐ **d)** legittimo erede di _____

(NB: allegare modulo debitamente compilato di dichiarazione sostitutiva di certificazione (caso b); caso c) oltre a copia provvedimento) o di atto di notorietà (caso d).

CHIEDE COPIA: ☐ **DELLA CARTELLA CLINICA** ☐ **DEL CERTIFICATO DI RICOVERO E DIMISSIONE**

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

a _____ inerente al ricovero avvenuto presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma:

- Unità Operativa di _____ dal ____/____/____ al ____/____/____

- Unità Operativa di _____ dal ____/____/____ al ____/____/____

- Unità Operativa di _____ dal ____/____/____ al ____/____/____

motivazione della richiesta: _____

(barrare la casella che interessa)

☐ **CHIEDE l'invio della cartella clinica con spese a proprio carico (pagamento tramite contrassegno)**

al/alla Sig./Sig.ra _____ presso il seguente indirizzo:

via _____ n. _____

località _____ (prov. _____) cap _____.

☐ **DELEGA** Il /la Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____ a _____

_____ al ritiro della/e cartella/e richieste (allegare fotocopia di un documento d'identità valido dell'interessato/delegante)

☐ **PROVVEDERÀ AL RITIRO PERSONALMENTE**

• Il sottoscritto è **consapevole delle sanzioni penali ed amministrative** previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni false, falsità degli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità. Il sottoscritto dichiara di rendere i dati sotto la propria responsabilità ed è consapevole che l'Amministrazione procederà ai controlli previsti dall'art. 71 del succitato D.P.R.

• Dichiara di essere stato **informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003**, che i dati personali contenuti nel presente modulo sono raccolti, anche con strumenti informatici, e conservati presso gli archivi cartacei e informatici dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, secondo le disposizioni previste dal D.lgs. 30/06/2003 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), da personale incaricato, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Il titolare del trattamento è l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. L'interessato potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 e ss. del D.lgs. 196/2003.

Parma, _____

Firma leggibile dell'interessato/delegante

(allegare fotocopia di un documento d'identità valido dell'interessato/delegante)



DA COMPILARE A CURA DEL PERSONALE INCARICATO AL RILASCIO

È stata verificata la corrispondenza tra gli estremi dichiarati e i documenti esibiti dal delegato.

Cognome e nome operatore _____

Firma leggibile operatore _____