

Al Direttore Medico Presidio "BARI SUD"

LA/IL SOTTOSCRITTA/O		NATA/O IL		A	
RESIDENTE A		VIA/PIAZZA		N. TEL.	
consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti di cui all'art.76 del D.P.R. n. 445					
IN QUALITÀ DI (barrare la voce corrispondente)					
<input type="checkbox"/> INTESTATARIO DOCUMENTAZIONE SANITARIA					
<input type="checkbox"/> GENITORE ESERCENTE LA PATRIA POTESTÀ					
<input type="checkbox"/> TUTORE					
<input type="checkbox"/> CURATORE					
<input type="checkbox"/> AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO					
<input type="checkbox"/> EREDE					
<input type="checkbox"/> ALTRO (specificare)					
CHIEDE IL RILASCIO DELLA COPIA (barrare la/le voce/i corrispondente/i)					
<input type="checkbox"/> CARTELLA CLINICA					
<input type="checkbox"/> SCHEDA DAY SERVICE					
<input type="checkbox"/> REFERTO DI PRONTO SOCCORSO					
<input type="checkbox"/> ESECUZIONE ESAMI DIAGNOSTICI (specificare)					
MODALITÀ DI CONSEGNA (barrare la voce corrispondente)					
<input type="checkbox"/> RITIRO C/O UFFICIO CARTELLE CLINICHE OSPEDALE DI VENERE					
<input type="checkbox"/> SPEDIZIONE A DOMICILIO (in tal caso indicare indirizzo di spedizione se diverso da quello indicato)					
DELLA SIG.RA/SIG.		NATA/O IL		A	
RESIDENTE A		VIA/PIAZZA		N.	
Numero di TELEFONO/CELLULARE					
EFFETTUATO PRESSO LA U.O.				DATA	
CONSENSO: AI SENSI DELLA NORMATIVA PRIVACY (D.LGS 101/18) ACCONSENTO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI CHE POSSONO ESSERE OGGETTO DI COMUNICAZIONE A TERZI AL FINE DI PROVVEDERE AD ADEMPIMENTI DI LEGGE					
FIRMA del RICHIEDENTE _____					
PERSONA DELEGATA AL RITIRO					
SIG.RA/SIG. _____		NATA/O IL _____		A _____	
RESIDENTE A _____		ALLA VIA _____		TEL. _____	
FIRMA DEL DELEGANTE _____			FIRMA DEL DELEGATO _____		

SI ALLEGA COPIA DOCUMENTO D'IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ DEL DELEGANTE E DEL DELEGATO.

Bari _____

**COMPILAZIONE A CURA DELL' UFFICIO CARTELLE CLINICHE
DA EFFETTUARSI AL MOMENTO DEL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA RICHIESTA**

Documentazione consegnata:

- Cartella clinica U.O. _____ n. _____ pagine _____
- Scheda Day Service U.O. _____ n. _____ pagine _____
- Referto di PS n. _____ pagine _____
- Esame diagnostico Unità Operativa _____
(specificare tipo esame) _____ del ___ / ___ / . _____

Data di consegna al richiedente/delegato: ___ / ___ / _____

Firma per ricevuta del richiedente/delegato _____