



Istituto Tumori
"Giovanni Paolo II"
I.R.C.C.S.
BARI

Ufficio Rilascio Copie Cartelle
Cliniche

N° FAX 080/5555108

OGGETTO: Richiesta copia cartella clinica e/o certificato

Al Sig. DIRETTORE SANITARIO
IRCCS "Giovanni Paolo II"

BARI

Il/La paziente _____
nato/a a _____ () il _____
residente in _____ () in via/c.so/p.zza _____
ricoverato/a presso la U.O. di _____
dal _____ al _____ e dal _____ al _____

CHIEDE

- per se stesso (titolare della documentazione clinica)
- ovvero per il paziente sopra indicato, in qualità di:
 - esercente la potestà genitoriale nei confronti del paziente minore sopra indicato
 - *legale rappresentante, tutore, curatore, amministratore di sostegno del paziente sopra indicato
 - *legittimo erede del paziente sopra indicato
 - *Allegare copia della documentazione che attesta la qualifica dichiarata
 - altra persona delegata

- copia della cartella clinica relativa al ricovero sopra indicato
- verbale di Pronto Soccorso/OBI relativo all'accesso sopra indicato
- documentazione del pre ricovero avvenuto il ___/___/___ / NON SEGUITO da ricovero

CHIEDE INOLTRE l'invio della documentazione al seguente indirizzo (~~via _____ n. _____~~)

via _____ n. _____

CAP _____ Località _____

Il sottoscritto è consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni false o uso/esibizione di documenti falsi o dati non corrispondenti al vero.

BARI ___/___/___ Firma leggibile del richiedente _____

La informiamo che i dati raccolti verranno utilizzati dall'ospedale a fini istituzionali e SOLO per la presente delega, nel rispetto della normativa vigente sulla "data privacy". (D. Lgs. N. 196/2003)

IMPORTANTE: Qualora il ritiro della documentazione venga effettuato dalla persona delegata, il delegato dovrà obbligatoriamente presentare un proprio documento di identità valido e un documento di identità valido del delegante.

La documentazione richiesta sarà pronta il _____

Data del ritiro _____ Firma di chi ritira _____