



**RICHIESTA DI ACCESSO ALLA CARTELLA CLINICA - DI RILASCIO COPIA DELLA
CARTELLA CLINICA**

Spett.le
Fondazione Ca' d'Industria Onlus
Direzione/Servizio

Il sottoscritto
nato a il
residente a Via
tel. e-mail.....
C.I. n° rilasciata dal Comune di in data

In qualità di:

- erede legittimo (allegare documentazione probatoria o certificazione sostitutiva)
- tutore (allegare documentazione probatoria o certificazione sostitutiva)
- erede autorizzato con disposizioni testamentarie (allegare documentazione probatoria o certificazione sostitutiva)
- medico curante
- delegato (allegare delega scritta)
- altro (se ricorrano le ipotesi di cui all'art.9, c.1 del regolamento per l'esercizio del diritto di accesso)

CHIEDE

a) di poter accedere alla cartella clinica del Sig./della Sig.ra

.....
nato/a a il.....
ricoverato presso..... dal al.....
per i seguenti motivi

b) il rilascio di copia della cartella clinica del/la Sig./Sig.ra

.....
nato/a a il.....



FONDAZIONE CA' D'INDUSTRIA O.N.L.U.S.

Istituto Geriatrico

Via Brambilla 61 - 22100 Como
C.F. 80004470136 R.E.A. 279726

ricoverato presso..... dalal.....

per i seguenti motivi

A tal fine provvedo al versamento per contanti di €, come da tabella dei costi di riproduzione e ricerca adottata dalla Fondazione.

Se diverso dalla residenza, il richiedente indichi qui di seguito l'indirizzo a cui la Fondazione potrà inviare eventuali comunicazioni:

.....
.....

Luogo e data

FIRMA.....

La presente richiesta deve essere allegata, a cura del responsabile del procedimento, al fascicolo relativo ai documenti o atti a cui è stato chiesto accesso, se lo stesso è attivo, e conservata nell'archivio corrente. In caso di documento relativo a fascicoli e procedimenti già chiusi, responsabile del procedimento è il dirigente del Servizio Archivio e la conservazione della presente è demandata allo stesso.

Per ritiro di copia:

Nome e Cognome.....

Documento di identità n.....

Data

Firma



FONDAZIONE CA' D'INDUSTRIA O.N.L.U.S.

Istituto Geriatrico

Via Brambilla 61 - 22100 Como

C.F. 80004470136 R.E.A. 279726

RICHIESTA DI RILASCIO DI COPIA DELLA PROPRIA CARTELLA CLINICA

Spett.le
Fondazione Ca' d'Industria Onlus
Direzione Sanitaria

Il sottoscritto
nato a il
residente a Via
tel. e-mail.....
C.I. n° rilasciata dal Comune di in data
Ricovertato c/o dal al.....

CHIEDE

il rilascio di copia della propria cartella clinica

per i seguenti motivi

e dichiara di:

a) Provvedere personalmente al ritiro

b) DELEGARE per il ritiro il /la Sig./Sig.ra.....
nato/a.....il..... C.I.
n°..... rilasciata dal Comune diin data

A tal fine provvedo al versamento per contanti di €, come da tabella dei costi di riproduzione e ricerca adottata dalla Fondazione.

Luogo e data

FIRMA.....

FIRMA(*)

FIRMA(*)

(*) Nel caso di persona non in grado di apporre la propria firma per disabilità, ma in condizioni di esprimere il proprio assenso, lo stesso va confermato mediante la sottoscrizione da parte di due testimoni.



FONDAZIONE CA' D'INDUSTRIA O.N.L.U.S.

Istituto Geriatrico

Via Brambilla 61 - 22100 Como
C.F. 80004470136 R.E.A. 279726

La presente richiesta deve essere allegata, a cura del responsabile del procedimento, al fascicolo relativo ai documenti o atti a cui è stato chiesto accesso, se lo stesso è attivo, e conservata nell'archivio corrente. In caso di documento relativo a fascicoli e procedimenti già chiusi, responsabile del procedimento è il dirigente del Servizio Archivio e la conservazione della presente è demandata allo stesso.

Per ritiro di copia:

Nome e Cognome.....

Documento di identità n.....

Data

Firma