



### RICHIESTA COPIA DI CARTELLA CLINICA / CD IMMAGINI

N° .....

Data .....

Con la presente in relazione al ricovero dal ..... al ..... presso la Casa di Cura Privata del Policlinico con c/c n. .... del/della Sig./Sig.ra .....

Chiedo\*:

- copia conforme all'originale della Cartella Clinica n. ....
- copia parziale alla data odierna della Cartella Clinica n. ....
- duplicato **cd** (unitamente a referto cartaceo autentico) dell'esame ..... del .....
- riproduzione **su lastra** (unitamente a referto cartaceo autentico) dell'esame ..... del .....

Firma .....

Chiedo che mi venga spedita al sopra indicato indirizzo e sollevo la Casa di Cura da ogni responsabilità relativamente al D.Lgs. 30 giugno 2003 n.196, sulla tutela dei dati personali.

Firma .....

*\* per minori, interdetti/inabilitati, impossibilitati fisicamente alla firma occorre compilare la pagina 2*

Delego il Sig. .... documento di identità n. ....  
(copia in allegato) al ritiro della copia della Cartella Clinica relativa al mio ricovero.

Firma .....

*\* In caso di impossibilità alla firma* Firma del testimone .....

Ritirata in data .....

Firma per il ritiro .....



# CASA DI CURA PRIVATA DEL POLICLINICO

Direttore Sanitario e di Dipartimento: Dott. Luigi Pisani  
Accreditato con S.S.N.



Io sottoscritto/a nato/a il

residente in provincia via

consapevole delle conseguenze penali in caso di falsa dichiarazione (art. 76 D.P.R. 445/2000),

## DICHIARO

**(ex art. 46 D.P.R. n. 445/2000, Dichiarazione sostitutiva di certificazione)**

di esercitare legalmente la potestà di (barrare la voce che interessa)

GENITORE     TUTORE     ADS ( allegare atto di nomina)

dell'Interessato (nome cognome del minore o della persona affidata):

nato/a a il

e di essere pertanto legittimato a richiedere copia della cartella clinica relativa al ricovero dell'interessato

Firma .....