

**Spett.le Ufficio Accettazione –  
Azienda Ospedaliero - Universitaria Mater Domini**

**MODELLO DI RICHIESTA DELLA CARTELLA CLINICA**

**Luogo:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

Il/La Sottoscritto/a: \_\_\_\_\_

Nato/a: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_

Documento di Identità: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**CHIEDE IL RILASCIO DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA:**

- relativa alla propria degenza
- relativa alla degenza del Sig.: \_\_\_\_\_ (delegante)
- relativa alla degenza del Sig.: \_\_\_\_\_ (deceduto)
- relativa alla degenza del minore: \_\_\_\_\_
- relativa alla degenza dell'interdetto o dell'amministrato: \_\_\_\_\_
- relativa alla degenza dell'inabilitato: \_\_\_\_\_

Nato/a: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_

<b>Cartella Clinica n°</b>	<b>ANNO</b>	<b>DATA</b>	<b>REPARTO</b>

Si richiede spedizione postale al seguente indirizzo:

**E' consapevole**  
che in caso di false dichiarazioni accertate dall'Amministrazione precedente verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n°445 del 28/12/2000.

**E' a conoscenza**  
che i suoi dati personali saranno trattati esclusivamente ai fini del presente procedimento.

L'ADDETTO UFFICIO ACCETTAZIONE

FIRMA DEL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_