

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

All' Azienda di Servizi alla Persona "GOLGI – REDAELLI", Direzione Medica Istituto

Il sottoscritto

nato a il

residente a Via

tel. e.mail.....

C.I. n°rilasciata dal Comune diin 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.10, c.1 del regolamento aziendale per l'accesso)

CHIEDE

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

nato/a a il.....

ricoverato presso l'Istituto dalal.....

per i seguenti motivi

B) il rilascio di copia della cartella clinica del/la Sig./Sig.ra....., nato/a ail

ricoverato presso l'Istituto.....dal.....al.....

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

Luogo e data

FIRMA

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

.....

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 Beni Culturali e la conservazione della presente è demandata allo stesso.