

**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 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.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 dal .....al.....

per i seguenti motivi .....

**B) il rilascio di copia della cartella clinica** del/la Sig./Sig.ra....., nato/a .....il  
ricoverato presso l'Istituto.....dal.....al.....,  
per i seguenti motivi .....

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:*

.....

\*\*\*\*\*

Si autorizza, data \_\_\_\_\_ **Il Direttore Medico** \_\_\_\_\_

Eventuali note \_\_\_\_\_

La presente richiesta deve essere allegata a cura dell'Ufficio preposto, alla cartella/ FaSAS relativo ai documenti o atti per cui è stato richiesto l'accesso. I Direttori Medici di ciascuna struttura sono individuati come soggetti referenti per il procedimento di accesso per la visione o il rilascio di copie di cartelle cliniche e di informazioni sanitarie.  
(Rev. 2019)