

RICHIESTA DI RILASCIO DI COPIA DELLA PROPRIA CARTELLA CLINICA

Io sottoscritto/a .....  
Nato/a a .....il .....  
C.I. n° .....rilasciata dal Comune di .....in data .....  
ricoverato c/o l'Istituto..... dal .....al.....

CHIEDO

all'Azienda di Servizi alla Persona "GOLGI – REDAELLI" il rilascio di copia della mia cartella clinica.

- Provvedo personalmente al ritiro
- DELEGO per il ritiro il /la Sig./Sig.ra..... nato/a .....  
il.....,C.I. n°.....rilasciata dal Comune di .....in  
data.....

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

Con osservanza.

Milano, li ..... 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.*

\*\*\*\*\*

Per ritiro di copia:  
Nome e Cognome-----  
Documento di identità n.-----  
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 Beni Culturali e la conservazione della presente è demandata allo stesso.