

RICHIEDA DI RILASCIO DI COPIA DELLA PROPRIA CARTELLA CLINICA

Io sottoscritto/a
Nato/a ail
C.I. n°rilasciata dal Comune diin data
ricoverato c/o l'Istituto.....dalal.....

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 diin
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 identitàn.-----
Data-----
Firma-----

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)