



☐ **MODULO DELEGA PER RICHIESTA E/O RITIRO**

**DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA**

- ☐ **DUPLICATI PRONTO SOCCORSO** ☐ **COPIA CD RADIOLOGIA** ☐ **CORONAROGRAMMA**  
☐ **ALTRO** \_\_\_\_\_

**Il/la sottoscritto/a** \_\_\_\_\_ **nato** \_\_\_\_\_  
**Prov.** ( ) **il** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **residente a** \_\_\_\_\_ **via** \_\_\_\_\_  
**n°** \_\_\_\_\_ **Cap** \_\_\_\_\_ **Telefono** \_\_\_\_\_ **email** \_\_\_\_\_

**DELEGA**

☐ **COPIA DELLA CARTELLA CLINICA**

**REPARTO DI RICOVERO** \_\_\_\_\_ **DATA DEL RICOVERO** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**REPARTO DI RICOVERO** \_\_\_\_\_ **DATA DEL RICOVERO** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

☐ **DUPLICATI PRONTO SOCCORSO - DATA DEL RICOVERO** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

☐ **COPIA CD RADIOLOGIA** Rx \_\_\_\_\_ Tac \_\_\_\_\_ Rm \_\_\_\_\_

Moc \_\_\_\_\_ Ecografia \_\_\_\_\_ Altro \_\_\_\_\_

**DATA DELL' ESAME** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **DATA DELL' ESAME** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **DATA DELL' ESAME** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DATA DELL' ESAME** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **DATA DELL' ESAME** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **DATA DELL' ESAME** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DEL SIG./SIG.RA** \_\_\_\_\_

**MINORE** \_\_\_\_\_

**nato a** \_\_\_\_\_ **Prov.** ( ) **il** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **residente a** \_\_\_\_\_

**via** \_\_\_\_\_ **n°** \_\_\_\_\_

La documentazione richiesta necessita in ☐ copia conforme all'originale ☐ carta semplice

**MOTIVAZIONE RICHIESTA** \_\_\_\_\_

(es. sanitario, previdenziale, assicurativo, legale, altro-specificare)

**RICHIESTE LA COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA IN QUALITA' DI:**

- Intestatario della cartella clinica
- Tutore
- Amministratore di sostegno
- Genitore esercente la patria potestà
- Curatore
- Erede ( che agisce in nome e per conto degli altri coeredi) ☐ ( nominato nel testamento)
- Altro \_\_\_\_\_

**TIPO E N. DOCUMENTO** \_\_\_\_\_ **RILASCIATO DA** \_\_\_\_\_ **IN DATA** \_\_\_\_\_

**DATA DELLA RICHIESTA** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**FIRMA DEL RICHIEDENTE** \_\_\_\_\_

**FIRMA addetto Amm.vo** \_\_\_\_\_

**\*PER RICHIESTA E RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA DA PARTE DI TERZI E' INDISPENSABILE LA DELEGA FIRMATA IN ORIGINALE DA PARTE DEL TITOLARE DELLA STESSA DA PRESENTARE UNITAMENTE ALLA COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' VALIDO DEL DELEGANTE E DEL DELEGATO.**  
**UFFICI CARTELLE CLINICHE: IGLESIAS P.O. C.T.O. TEL. 07813922710 - CARBONIA P.O. SIRAI - TEL. 07816683373**