



**ASU FC**  
Azienda sanitaria  
universitaria  
Friuli Centrale



REGIONE AUTONOMA  
FRIULI VENEZIA GIULIA

## UFFICIO COPIA CARTELLE CLINICHE

### RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA/DOCUMENTAZIONE SANITARIA/MATERIALE ICONOGRAFICO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (cognome e nome)

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Documento di identificazione: Tipo \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_

Emesso da \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

### DICHIARA DI ESSERE (barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste)

diretto interessato

il genitore (con la patria potestà)

Del /la minore \_\_\_\_\_ (cognome e nome)

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

il tutore

il curatore

l'amministratore di sostegno

Del /la Sig./ra \_\_\_\_\_ (cognome e nome)

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

l'erede

Del /la Sig./ra \_\_\_\_\_ (cognome e nome)

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

### CHIEDE IL RILASCIO DI

Copia della/e cartella/e cliniche dei ricoveri sotto elencati

Reparto \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Copia della seguente documentazione sanitaria (es. Verbale di Pronto Soccorso, referto visita specialistica, referto indagine diagnostica, immagini iconografiche radiologiche su CD, ecc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1

**SCELGO DI (barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste)**

ritirare la copia di persona

ricevere la copia per posta, con spese a mio carico, all'indirizzo (specificare anche se diverso da quello già indicato)

Via \_\_\_\_\_ n° civico \_\_\_\_\_ C.A.P.

\_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov.

\_\_\_\_\_

delegare al ritiro della copia

Il /la Sig./ra \_\_\_\_\_ (cognome e nome) nato/a il

\_\_\_\_\_

Documento di identificazione: Tipo \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Scadenza

\_\_\_\_\_

Emesso da

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Firma del richiedente**

**ALLEGRO**

Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente

Fotocopia del documento di riconoscimento del/la delegato/a

**Ritiro previsto il** \_\_\_\_\_ (spazio riservato  
all'Azienda)

**Data del ritiro** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

*(Art. 4 Legge n. 15/68 e successive modifiche ed integrazioni, Art. 2 D.P.R. n. 103/98, Artt. 19 e 47 D.P.R. n. 445/00)*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

dichiara

di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il

\_\_\_\_\_ di essere residente a

\_\_\_\_\_ In via \_\_\_\_\_ n° civico

**Di essere**    **il genitore**    **il tutore**    **il curatore**    **l'amministratore di sostegno**     
**l'erede**

Del/ della Sig. /Sig.ra

\_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_ deceduto/a il

\_\_\_\_\_ Dichiaro di essere informato, secondo quanto previsto all'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 e del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_ **(luogo e data)**

\_\_\_\_\_ **(il dichiarante)**

Secondo quanto previsto dall'art. 38 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente, tramite un incaricato oppure a mezzo posta.