

**MODULO DI RICHIESTA/DELEGA PER IL RITIRO DOCUMENTAZIONE SANITARIA P.D. COLLEFERRO**

Il/La sottoscritta …………………………………………………nato/a a ……………………………………….il …………………………..

Residente a ………………………………………………… in via/piazza……………………………………………..n………………………

Tel………………………………………..C.F……………………………………………………………………………………………………………….

**ALLEGARE copia di un documento di riconoscimento valido del richiedente**

**CHIEDE IL RILASCIO**

- COPIA CARTELLA CLINICA

- COPIA REFERTO PRONTO SOCCORSO

- COPIA CARTELLA P.S.

Relativa alla degenza di:

Il/La Sig.ra ……………………………………………………………nato/a a ………………………………………….il ………………………….

presso reparto/P.S. ……………………………………in data……………………………………………………………………..del Presidio

Ospedaliero di Colleferro in data ……………………………………………

Firma titolare documentazione o delegato

……………………………………………..

**IN QUANTO**

- Diretto interessato

- Esercitante la potestà nei confronti del minore …………………………………………………………………………………………..

- Esercitante la rappresentanza legale nei confronti di …………………………………………………………………………………..

- Essendo legittimo erede di ………………………………………………………………………………………………………………………….

- Essendo minore emancipato ……………………………………………………………………………………………………………………….

- Altro ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Consapevole che il rilascio di dichiarazioni mendaci è punibile dal C.P. e delle leggi speciali in materia per effetto art. 76 DPR 445/2000

Qualora la richiesta /ritiro venga effettuata da persona delegata dovranno essere presentati:

* Richiesta compilata
* Delega
* Fotocopia del documento del Titolare cartella e/o certificazione PS
* Documento del delegato

**Documentazione richiesta da allegare per il rilascio nei casi specificati:**

**(1) Esercitante la potestà nei confronti del minore:**

- Copia di un valido documento di identità del genitore;

- Allegato sostitutivo atto di notorietà comprovante l’esercizio patria potestà;

**(2) Esercitante la rappresentanza legale nei confronti di:**

- Copia di un valido documento di identità del tutore

- Autocertificazione sostitutiva

- Copia della sentenza attestante il proprio stato di tutore o curatore o copia integrale dell’atto di nascita;

**(3) Essendo legittimo erede di:**

**-** Copia di un valido documento di identità

**-** Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante la qualitàdi legittimo erede, la relazione di

parentela esistente con il defunto, nonchél’indicazione dei dati anagraficidel defunto;

**(4) Essendo minore emancipato:**

**-** Copia di un valido documento di identità;

**-** Idonea certificazione (art. 90 e ss C.C.)

**IL RILASCIO DELLA PRIMA COPIA DELLA CARTELLA CLINICA RICHIESTA DAL PAZIENTE ALLA STRUTTURA SANITARIA E’ ESENTE DA QUALSIASI SPESA**

Tel. Portineria: 0697223212

Tel. Ufficio Cartelle Cliniche : 0697223455

Email : cartellecliniche.colleferro@aslroma5.it