

ASL  
ROMA 6REGIONE  
LAZIO**PRESIDIO OSPEDALIERO "P. COLOMBO"**  
**UFFICIO CARTELLE CLINICHE Tel. E Fax 06/93272309****Modulo per la richiesta**

Ricovero Ordinario \_\_\_

Day Hospital \_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

SI RICHIEDONO COPIE N. \_\_\_\_\_

\* Cartella clinica anno \_\_\_\_\_ mese \_\_\_\_\_

\* Cartella clinica anno \_\_\_\_\_ mese \_\_\_\_\_

\* Cartella clinica anno \_\_\_\_\_ mese \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritt\_ autorizza la spedizione di copia della sua cartella clinica al  
seguente indirizzo: \_\_\_\_\_

con spese postali a suo carico.

**Firma e documento del richiedente**

Data \_\_\_\_\_

**PRESIDIO OSPEDALIERO "P. COLOMBO"**  
**UFFICIO CARTELLE CLINICHE Tel. E Fax 06/93272309****Modulo per delega**

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
 Telefono \_\_\_\_\_

**In qualità di**

- Intestatario della cartella
- Genitore esercente la patria potestà
- Tutore
- Curatore
- Amministratore di sostegno
- Erede legittimo (che agisce in nome e per conto degli altri coeredi)

**DELEGA**

- a richiedere
- a ritirare

copia della cartella clinica del ricovero nel Reparto di \_\_\_\_\_  
 Mese / Anno \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Il sottoscritto ai sensi del D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Data \_\_\_\_\_

Firma del delegante \_\_\_\_\_ (Allegare documento di identità)

Firma del delegato \_\_\_\_\_ (Allegare documento di identità)



ASL  
ROMA 6

SISTEMA SANITARIO REGIONALE



REGIONE  
LAZIO

**PRESIDIO OSPEDALIERO "P. COLOMBO"**  
**UFFICIO CARTELLE CLINICHE Tel. E Fax 06/93272309**

**Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione**

(D.P.R. 28/12/2000, N. 445)

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

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

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci,

**DICHIARA DI ESSERE**

- Genitore esercente la patria potestà
- Genitore adottante esercente la patria potestà
- Genitore non adottante esercente la patria potestà
- Maggiorennne
- Curatore
- Amministratore di sostegno
- (Allegare provvedimento di nomina da parte del Giudice Tutelare del Tribunale)
- Erede (che agisce in nome e per conto degli altri coeredi)
- Dichiarata altresì \_\_\_\_\_

**DI**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

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

e pertanto chiede a Codesta Amministrazione di poter ritirare la fotocopia di cartella clinica.

Il sottoscritto ai sensi del D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ (Allegare documento di identità)