



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

**Modulo per la richiesta di documentazione sanitaria**

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

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

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

**Telefono** \_\_\_\_\_

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

\* **Verbale di Pronto Soccorso**      giorno \_\_\_\_\_ mese \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_

\* **Cartella clinica di Pronto Soccorso**      giorno \_\_\_\_\_ mese \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_  
  **completa di esami**

\* **Referti di documentazione sanitaria**      giorno \_\_\_\_\_ mese \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_

**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 documentazione sanitaria \_\_\_\_\_

giorno \_\_\_\_\_ 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)



Tel. 06-93.27.1 - Fax 06-93.27.38.66

**POLO H 3**  
**PRESIDIO OSPEDALIERO "P. COLOMBO"**  
**UFFICIO CARTELLE CLINICHE Tel. 06/93272309 Fax**

**Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione**  
 (D.P.R. 28/12/2000, N. 445)

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

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

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)
- Dichiaro altresì \_\_\_\_\_

**DI**

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

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

e pertanto chiede a Codesta Amministrazione di poter ritirare la fotocopia della documentazione sanitaria **giorno** \_\_\_\_\_ **mese** \_\_\_\_\_ **anno** \_\_\_\_\_

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)