



Sistema Socio Sanitario

Regione  
Lombardia  
ASST Lariana

Direzione Sanitaria

**UOC Direzione Medica di Presidio  
PO Menaggio**

Direttore f.f.: dr.ssa Elena Amina Scola

dmp.menaggio@asst-lariana.it

Telefono 0344.33496 - Fax 0344.30083

Telefono Ufficio Cartelle Cliniche 0344-33257

Nr. \_\_\_\_\_

**RICHIESTA RILASCIO COPIA CARTELLA CLINICA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

☐ Intestatario ☐ Esercente la patria potestà ☐ Erede ☐ Legale Rappresentante ☐ Tutore delegato ☐ Altro .....**Chiede il rilascio di copia della cartella clinica**

Dati anagrafici titolare documentazione richiesta (anagrafica paziente)

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

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Ricovero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_

Motivazione della richiesta ☐ Uso medico ☐ Assicurativo ☐ Legale ☐ Personale ☐ Altro .....

Il sottoscritto ha dichiarato tutto quanto sopra, consapevole delle responsabilità penali previste dal DPR 445/2000, inoltre, acconsente ai sensi del D.Lgs. 196/2003, che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge; dichiara altresì di aver letto la nota informativa, che è parte integrante della presente richiesta.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ (firma di chi presenta la richiesta)

**Delega e autorizzazione per la presentazione della richiesta/ritiro della documentazione**

Dichiaro di delegare/autorizzare il/la Sig./ra \_\_\_\_\_

☐ ad inoltrare la presente richiesta ☐ al ritiro della documentazione sanitaria richiesta

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ (firma del paziente)

In ottemperanza alle vigenti normative, prima di ritirare il documento in alleato alla presente richiesta, verificare che i dati corrispondano, in quanto la diffusione dei dati contenuti nella busta è perseguibile sia ai sensi dell'art. 616 c.p. che ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003

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

Firma per il ritiro \_\_\_\_\_

**Da compilare solo per la spedizione a domicilio (spese a carico del destinatario)**

Indirizzo presso il quale si desidera ricevere la documentazione richiesta a mezzo posta:

Firma per richiesta spedizione \_\_\_\_\_

Spazio riservato  
all'ufficio

CARTELLA CLINICA N°/anno

Reparto

Periodo di ricovero

**E' Obbligatorio allegare documento di riconoscimento valido dell'avente diritto ed eventuale delegato**