



Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia  
ASST Lariana

Direzione Medica Presidio Ospedaliero Cantù/Mariano Comense

Direzione Sanitaria

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

Presidio Sant'Antonio Abate di Cantù:

Telefono 031.799.354 - Fax 031.799.479

dmp.cantu@asst-lariana.it

Presidio Polispecialistico Felice Villa di Mariano Comense:

Telefono 031.755.231 - Fax 031.755.230

dmp.mariano@asst-lariana.it

Prot.n. \_\_\_\_\_

**Data Ritiro** \_\_\_\_\_

***RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA/VERBALE PRONTO SOCCORSO***

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Carta Identità \_\_\_\_\_

- Esercente la patria potestà Intestatario 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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_

Carta Identità \_\_\_\_\_

N. C.C / N. P.S.	Reparto	Periodo di ricovero
		Dal _____ al _____

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 del richiedente)

In ottemperanza alle vigenti normative, prima di ritirare il documento in allegato 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** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_ (firma di chi ritira)

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