

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ (prov.\_\_\_\_) il  
\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) in Via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Documento d'identità\*  
n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

chiede il rilascio di n° \_\_\_\_\_ copia/e della propria cartella clinica relativa al seguente periodo:

Data presa in carico \_\_\_\_\_ Data chiusura assistenza \_\_\_\_\_

La documentazione è richiesta per

- Uso proprio
- Uso medico
- Uso assicurativo
- Altro \_\_\_\_\_

La cartella clinica verrà

- Ritirata personalmente
- Ritirata da persona delegata (allegare delega)

Dichiara, altresì, di essere informato che, ai sensi del D. Lgs.196/03, i dati personali contenuti nella presente istanza saranno trattati esclusivamente al fine dell'evasione della richiesta stessa in forma cartacea e/o informatica in modo da assicurare la tutela del diritto alla riservatezza.

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Il Richiedente \_\_\_\_\_

\* Si allega il documento di identità

**A cura della segreteria**

Documentazione ritirata il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ Documento d'identità  
n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Firma per ricevuta \_\_\_\_\_

Firma operatore \_\_\_\_\_