



DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE

**MODULO DI RICHIESTA COPIA DI CARTELLA CLINICA DA
PARTE DELL'ERED E**Codice documento:
MD.7.5-09
Emesso il 22.09.2022
rev.01
Del 01/04/2026

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (prov.____) il _____, residente a _____ (prov. _____) in Via _____ n. _____ CAP _____ Documento d'identità* n. _____ rilasciato da _____ il _____, chiede, nella qualità di erede legittimo/erede testamentario il rilascio di n. _____ copia/e della documentazione clinica, relativa al Sig./ra _____, nato/a a _____ il _____ e deceduto/a il _____ a _____, in assistenza SAMOT dal _____ al _____.

La documentazione è richiesta per

- 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 segreteriaDocumentazione ritirata il _____ da _____ Documento d'identità
n. _____ rilasciato da _____ il _____

Firma per ricevuta _____

Firma operatore _____