



La Città d'Ippocrate

OSPEDALI RIUNITI

“ SAN GIOVANNI DI DIO E RUGGI D'ARAGONA “

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA – SALERNO

RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA E/O RADIOGRAMMI

INTESTATARIO DELLA CARTELLA:

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ (Prov. _____), il _____

Telefono _____ Cell. _____

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 possono essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Data _____ **FIRMA** _____ (*allegare copia documento di identità*)

RICHIEDENTE

(se persona diversa dall'intestatario)

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ (Prov. _____), il _____

Telefono _____ Cell. _____

Consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in caso di dichiarazioni Mendaci:

IL RICHIEDENTE (se persona diversa dall'intestatario) DICHIARA DI ESSERE:

Genitore esercente la patria potestà Curatore Tutore

Amministratore di sostegno Erede _____

Delegato dall'intestatario

CHIEDE (dell'intestatario):

Cartella Clinica: Reparto _____ Periodo di ricovero _____

Radiogrammi: Reparto _____ Periodo di ricovero _____

Referto P.S. : Data di ricovero _____

A seguito dei controlli previsti dalla normativa vigente, la SDO potrebbe essere oggetto di variazioni anche in tempi successivi al rilascio di copia della CARTELLA CLINICA – DCA n°69/19

Data _____ **FIRMA** _____ (*allegare copia documento di identità*)

AUTORIZZAZIONE ALLA SPEDIZIONE POSTALE

Cognome e nome referente consegna _____

Via _____ n° _____

Comune _____ (Prov. _____) c.a.p. _____

Data _____ **FIRMA** _____ (*dell'intestatario o del delegato*)

NOTE: _____

ALLEGATO A