



PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO
ORDINE OSPEDALIERO DI SAN GIOVANNI DI DIO
FATEBENEFRAPELLI

Ospedale Buccheri La Ferla – Iscritto al R.P.G. n. 666/87 C.F. 00443370580 – P.IVA 00894591007

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ EX art. 47 DPR. 28/12/2000 N. 445.
(da compilare in caso di richiesta di documentazione sanitaria relativa ad un paziente deceduto)

Nota: la documentazione richiesta non verrà rilasciata in assenza delle firme e delle fotocopie dei documenti di identificazione.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____ Residente in _____

prov _____ via _____

n° _____ cap _____ tel _____

DICHIARA DI ESSERE CONIUGE/ASCENDENTE/DISCENDENTE (specificare il grado di parentela) del Sig./della Sig.ra _____

Nato/a a _____ il _____

E che lo stesso/la stessa è deceduto/a il _____ e di essere pertanto autorizzato/a , quale erede legittimo, a richiedere copia della cartella clinica relativa al ricovero del/della defunto/a dal _____ al _____ presso l'U.O. di _____

Il richiedente dichiara di avere l'assenso degli altri eredi assumendone tutte le eventuali responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti o dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art 47 del DPR 28/12/2000 n. 445.

Il richiedente acconsente al trattamento dei propri dati da parte dell'Ospedale, in accordo con il D. lgs 196/2003, Codice sulla Privacy, al solo fine di gestire la presente richiesta.

Palermo il ___ / ___ / ___

Firma

DELEGA PER IL RITIRO DELLA COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Delego il Sig./la Sig.ra _____ nato/a a _____ Il _____

Residente a _____ Prov _____ Via _____

A ritirare la copia della cartella clinica da me richiesta

Palermo il ___ / ___ / ___

Firma

**OSPEDALE
"SAN PIETRO"**

Via Cassia, 600
00189 ROMA
Tel. 06 33581
Fax 06 33251424

**ISTITUTO
"SAN GIOVANNI DI DIO"**

Via Fatebenefratelli, 3
00045 GENZANO DI ROMA
Tel. 06.937381
Fax 06.9390052

**OSPEDALE
"SACRO CUORE DI GESU'"**

Viale Principe di Napoli, 14/A
82100 BENEVENTO
Tel. 0824.771111
Fax 0824.47935

**OSPEDALE
"BUON CONSIGLIO"**

Via Manzoni, 220
80123 NAPOLI
Tel. 081.5981111
Fax 081.5757643

**OSPEDALE
"BUCCHERI LA FERLA"
FATEBENEFRAPELLI**

Via Messina Marine, 197
90123 PALERMO
Tel. 091.479111
Fax 091.477625



PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO
ORDINE OSPEDALIERO DI SAN GIOVANNI DI DIO
FATEBENEFRATELLI

Ospedale Buccheri La Ferla – Iscritto al R.P.G. n. 666/87 C.F. 00443370580 – P.IVA 00894591007

RICHIESTA COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Prot. n. del data prevista per il ritiro

Nota: la documentazione richiesta non verrà rilasciata in assenza delle firme e delle fotocopie dei documenti di identificazione.

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____ Residente in _____
prov. _____ via _____
n° _____ cap _____ tel _____

Nella qualità di (indicare nome e cognome ed allegare documentazione)

- Intestatario della documentazione sanitaria
- Genitore esercente la patria potestà
- Tutore
- Curatore
- Amministratore di sostegno
- Erede che agisce in nome e per conto degli altri coeredi
- Delegato dall'intestatario

Richiede richiedere il rilascio della copia della:

- Cartella clinica ricovero del.....presso il Reparto di.....
- Referto di Pronto Soccorso del
- Referto radiologico/documentazione iconografica del:

Con procedura ordinaria

Con procedura urgente

Fatto salvo quanto previsto dalla Legge n. 675/96 relativa a:
"Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali"

Palermo il ___/___/___

Firma

DELEGA PER IL RITIRO DELLA COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____
Delego il Sig./la Sig.ra _____ nato/a a _____ Il _____
Residente a _____ Prov _____ Via _____
A ritirare la copia della documentazione sanitaria da me richiesta

Fatto salvo quanto previsto dalla Legge n. 675/96 relativa a: "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali"

Palermo il ___/___/___

Firma

**OSPEDALE
"SAN PIETRO"**

Via Cassia, 600
00189 ROMA
Tel. 06 33581
Fax 06 33251424

**ISTITUTO
"SAN GIOVANNI DI DIO"**

Via Fatebenefratelli, 3
00045 GENZANO DI ROMA
Tel. 06.937381
Fax 06.9390052

**OSPEDALE
"SACRO CUORE DI GESU'"**

Viale Principe di Napoli, 14/A
82100 BENEVENTO
Tel. 0824.771111
Fax 0824.47935

**OSPEDALE
"BUON CONSIGLIO"**

Via Manzoni, 220
80123 NAPOLI
Tel. 081.5981111
Fax 081.5757643

**OSPEDALE
"BUCCHERI LA FERLA"
FATEBENEFRATELLI**

Via Messina Marine, 197
90123 PALERMO
Tel. 091.479111
Fax 091.477625