



Provincia religiosa di San Pietro dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio
FATEBENEFRAELLI

Ospedale Buccheri La Ferla –Via Messina Marine 197, 90123 Palermo

Alla Direzione Sanitaria

RICHIESTA DI COPIA CARTELLA CLINICA

Io sottoscritto,

Nome _____ Cognome _____
nato/a _____ il _____ a _____
Prov. _____ residente in _____ Prov. _____
Via _____ N. _____ C.A.P. _____
tel. _____ in qualità di:

Chiede venga rilasciata copia della cartella clinica

- Relativa alla propria degenza
- Relativa alla degenza del sig. _____ deceduto
- Relativa alla degenza del minore _____
- Relativa alla degenza dell'interdetto _____

DEGENZA NEL REPARTO	RICOVERO	NUMERO COPIE
	DAL _____ AL _____	

E che la predetta documentazione mi venga rilasciata con:

- procedura ordinaria ; o urgenza (indicare le motivazioni)
- spedita tramite posta

Indirizzo della spedizione: _____

- consegnata personalmente o a mio delegato (allego delega), presso l'ufficio competente

Allego fotocopia di documento di riconoscimento in corso di validità e fotocopia dell'avvenuto pagamento.

E' consapevole

Che in caso di false dichiarazioni accertate dall'Amministrazione procedente verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera.

E' a conoscenza

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

Il richiedente _____

(luogo e data)