

Il / La Sottoscritto / a .....

Codice fiscale ..... Residente a ..... CAP ..... (Prov.) .....

Via ..... N° ..... Tel. ....

**RICHIEDE**

Che venga rilasciata la fotocopia della cartella clinica

- RESIDENZIALE      DAL ..... AL ..... DAL ..... AL..... DAL ..... AL .....
- SEMIRESIDENZIALE DAL ..... AL ..... DAL ..... AL..... DAL ..... AL .....
- NON RESIDENZIALE DAL ..... AL ..... DAL ..... AL..... DAL ..... AL .....

Per uso: [ ] Medico Clinico [ ] Medico Legale

Il rilascio di eventuali supporti digitali (CD) contenenti esami di diagnostica per immagini, se disponibili.

Data ..... Firma del richiedente

**COME RITIRARE LA PROPRIA CARTELLA CLINICA**

- La copia della cartella clinica sarà resa disponibile per il ritiro, in via ordinaria, a decorrere dal **trentesimo giorno successivo alla data di presentazione della richiesta.**
- Decorso il termine suddetto, sarà possibile richiedere informazioni sullo stato di avanzamento della pratica scrivendo al seguente indirizzo di posta elettronica: [segreteria-medica.rm.smpace@dongnocchi.it](mailto:segreteria-medica.rm.smpace@dongnocchi.it).
- Il titolare della cartella clinica deve essere in possesso di un documento di identità.
- Il delegato dovrà esibire fotocopia del documento di identità con firma in originale (del titolare della cartella clinica) e delega compilata.

**DELEGA**

.....sottoscritt....., delega ..... Sig ..... al ritiro della propria fotocopia della cartella clinica.

In fede \_\_\_\_\_

**PARTE RISERVATA ALLA SEGRETERIA**

C.C. N° .....

Documento del richiedente .....

Documento del ricevente .....

Data di rilascio .....