



**IRCCS INRCA**  
**Presidio Ospedaliero di Ricerca, Casatenovo**  
Via Montereio, 13 - 23880 CASATENOVO  
Tel. 039.9232.1

## MODULO DI RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Cognome e nome .....

Nato/a ..... il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Residente a ..... CAP..... (Prov.....)

Via/Piazza ..... n.....

Documento di identità n. ....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,  
di cui all'art.76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445 **CHIEDE:**

- in qualità d'intestatario della documentazione sanitaria richiesta
- in qualità di delegato come da allegata documentazione (delega)
- in qualità di tutore come da allegata documentazione (modulo autocertificazione)
- in qualità di erede legittimo come da allegata documentazione (modulo autocertificazione)

### COPIA DELLA CARTELLA CLINICA di:

Cognome e nome ..... Nato/a il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**relativa al ricovero ospedaliero avvenuto nel periodo**

dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ al \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ pratica n. .... UO .....

dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ al \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ pratica n. .... UO .....

dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ al \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ pratica n. .... UO .....

- SI RICHIEDE LA SPEDIZIONE alla tariffa postale vigente, all'indirizzo di cui sopra o a quello qui di seguito specificato:

Cognome e nome .....

Residente a ..... CAP..... (Prov.....)

Via/Piazza ..... n.....

Firma del richiedente

.....

L'Operatore: .....