



FTGM	RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA	All.1 PA 10	
		Rev.n.0 del 31/10/2019	Pagina 1 di 2

**Allegato 1
Richiesta Copia Cartella Clinica**

Il sottoscritto, **Titolare (o avente diritto) della Cartella Clinica**, consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 DPR 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci:
(Allegare copia fronte/retro del Documento d'identità del titolare o avente diritto della cartella clinica)

Cognome e Nome _____ cell. _____
 Nato/o a _____ (____) il _____
 Residente a _____ Provincia _____ Via/Piazza _____
 _____ N. _____ CAP _____
 CODICE FISCALE _____

RICHIESTE IL RILASCIO DELLE COPIA/E DELLA/E CARTELLA/E IN QUALITA' DI:

- Titolare delle cartelle cliniche (allegare copia documento identità in corso di validità)
- Genitore (o tutore) del minore titolare delle cartelle cliniche (allegare dichiarazione sostitutiva di certificazione)
- Erede del defunto titolare delle cartelle cliniche (allegare dichiarazione sostitutiva di atto notorio)
- Altro _____

DEL/DELLA SIGNORE/A O DEL MINORE (RIEMPIRE SOLO SE DIVERSO DAL TITOLARE)

Cognome e Nome _____
 Nato/o a _____ (____) il _____
 Residente a _____ Provincia _____ Via/Piazza _____
 _____ N. _____ CAP _____
 CODICE FISCALE _____

CARTELLA CLINICA DEL RICOVERO AVVENUTO:

Dal gg/mm/anno	Al gg/mm/anno	Reparto	n. copie





FTGM	RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA	All.1 PA 10	
		Rev.n.0 del 31/10/2019	Pagina 2 di 2

NELLA SEGUENTE MODALITÀ:

- RITIRO DI PERSONA In caso di delega il delegato ha l'obbligo di presentarsi munito di Modulo di delega e copia dei documenti di identità in corso di validità del delegato e del delegante.
- INVIO TRAMITE RACCOMANDATA ALL'INDIRIZZO SOPRA RIPORTATO
- INVIO SU MAIL PERSONALE: _____

Il sottoscritto, ai sensi del D. Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e del Reg. Ue 679/2016 (Regolamento Generale in materia di protezione delle persone fisiche), acconsente a che i propri dati siano trattati, al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Data, _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Da compilare all'atto della consegna materiale:

Consegna avvenuta in data _____

Firma Titolare o Delegato : _____

CONTATTI:

FAX STABILIMENTO DI PISA e MASSA: 0585483710

PEC: protocollo.ftgm@pec.it

MAIL: ufficiocartelleclinichepisa@ftgm.it, ufficiocartelleclinichemassa@ftgm.it

