

RICHIESTA COPIA CARTELLA SANITARIA

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ provincia di _____ il ____/____/____

Residente in _____ via _____

Identificato/a a mezzo documento _____ n° _____

Telefono _____ E-mail _____

In qualità di:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Intestatario | <input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno |
| <input type="checkbox"/> Familiare/ Caregiver delegato | <input type="checkbox"/> Tutore |
| <input type="checkbox"/> Fiduciario Sanitario | |

RICHIEDE

n. _____ copia/e della cartella clinica intestata a _____

ricoverato/a presso l'Azienda Pubblica di servizi alla persona J.B. Festaz nel periodo

dal _____ al _____

presso:

- Casa di Riposo
- Nucleo Residenziale temporaneo per le persone affette da demenza
- Ospedale di Comunità

Per la seguente motivazione:

Modalità di ritiro

Il/La sottoscritto/a si impegna a ritirare la documentazione entro 60 giorni dalla richiesta. Decorso tale termine la documentazione in copia verrà distrutta.

Data _____

Firma del richiedente _____

**ALLEGARE ALLA RICHIESTA COPIA FOTOSTATICA DEL DOCUMENTO D'IDENTITÀ. SE LA RICHIESTA AVVIENE CON DELEGA,
ALLEGARE ATTO DI NOTORIETÀ E COPIA FOTOSTATICA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL DELEGANTE E DEL DELEGATO.**