



Alla Direzione Sanitaria Istituto Tumori "Giovanni Paolo II"

RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

del Sig.

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
residente in _____ alla Via/Piazza _____
n. tel. _____
documento di identità (C.I. / P.) n. _____ rilasciato
dal Comune/Prefettura di _____, **che allega in
fotocopia,**

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

1

CHIEDE

- in qualità di intestatario della documentazione richiesta
- in qualità di delegato/genitore di minore/ tutore/ erede legittimo/
rappresentante legale (**delega o documentazione allegata**) del paziente
sotto-indicato:

Cognome e nome

nato a

il

residente in

alla Via/Piazza n.

**COPIA CONFORME AGLI ORIGINALI DETENUTI DALL'ENTE
DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE SANITARIA:**

- Cartella clinica** n.
della Unità Operativa di _____
del ricovero effettuato dal _____ al _____



- **Radiografie / TAC** originale
copia eseguite in
costituite da n°
lastre radiografiche **con** – **senza** referto radiologico

- **Radiografie / TAC / RMN** originale
copia eseguite nel reparto di
durante il ricovero dal _____ al _____
n° cartella clinica
costituite da n°
lastre radiografiche **con** – **senza** referto radiologico.

Per la visione degli esami strumentali in originale, viene versata specifica cauzione, di cui si allega copia, che verrà restituita alla riconsegna degli stessi.

La documentazione sanitaria sopra specificata viene rilasciata per gli usi consentiti dalla legge.

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.

Data

Firma

2

Documento sanitario consegnato il _____

La Direzione Sanitaria