

RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE CLINICA AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Il / la sottoscritto/a nato/a a prov Il/...../.....

Residente in prov, via N° Cap.....

Documento di riconoscimento n°	
N° fattura ticket	Euro €

CHIEDE

COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE CLINICA:

☐ CARTELLA CLINICA ☐ ALTRO (referti in formato digitale (CD), referti, verbali di pronto soccorso etc)

Reparto/ Servizio	Periodo ricovero	Numero copie

Che la predetta documentazione mi venga rilasciata con :

- ☐ procedura ordinaria (30 giorni dalla richiesta)
- ☐ urgenza (7 giorni lavorativi dalla richiesta)
- ☐ spedita a mezzo raccomandata a.r

DEL SIG-SIG.RA:

Nome Cognome.....

nato/a ail..... deceduto/a ilnel comune di.....

IL DICHIARANTE

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.

Li.....

IL DICHIARANTE

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO	RICEVUTA	RIF. RICHIESTA N°
IN DATA ODIERNA E' STATA PRESENTATA ALL'AZIENDA RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE CLINICA		
di importo €		
DATA	L'INCARICATO.....	

Ufficio Cartelle Cliniche
0782/490304

PEC: cartelle.cliniche@pec.aslogliastra.it



DIREZIONE SANITARIA
P.O.U. "Nostra Signora della Mercede"

www.aslogliastra.it

STAFF DIREZIONE SANITARIA
tel. 0782/490310
CPS Ass. Sanitario Daniela Mulas
CPS Ass. Sanitario Lisa Deiana

SEGRETERIA DIREZIONE SANITARIA
tel. 0782/490299
MAIL: presidio.ospedaliero@aslogliastra.it
Ass. Amm. S. Angela Testorio
Ass. Amm. Giada Murru

DIRETTORE SANITARIO P.O.U. ASL OGLIASTRA
Dott. LUIGI FERRAI

PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO
"Nostra Signora della Mercede"
Direzione Sanitaria
via G. Pilia N°1, 08045 - Lanusei (OG)
Centralino tel. 0782/490211 - Direttore tel. 0782/490303
MAIL: luigi.ferrai@aslogliastra.it
PEC: direzione.presidio@pec.aslogliastra.it
Direttore: Dott. Luigi Ferrai

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 47 del D.P.R. 28.12.2000 n° 445)

Il / la Sottoscritto /a, nato/a a (prov.....), il .../.../.....

Residente in (prov.....), via N° cap

DICHIARA DI ESSERE

☐ **GENITORE ESERCENTE LA PATRIA POTESTÀ** sul minore:

Cognome nome

Nato/a il .../.../..... nel comune di (prov.....)

☐ **TUTORE** di:

Cognome nome

Nato/a il .../.../..... nel comune di (prov.....)

Nominato con provvedimento del tribunale di del .../.../.....

☐ **CURATORE** di:

Cognome nome

Nato/a il .../.../..... nel comune di (prov.....)

Nominato con provvedimento del tribunale di del .../.../.....

☐ **AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO** di:

Cognome nome

Nato/a il .../.../..... nel comune di (prov.....)

Nominato con provvedimento del giudice tutelare del tribunale di del .../.../.....

Dichiara, altresì, di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui incorre in caso di formazione e/o uso di atti falsi, di dichiarazioni mendaci o contenente dati non rispondenti a verità, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000.

IL DICHIARANTE

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.

Li.....

IL DICHIARANTE

Ufficio Cartelle Cliniche
0782/490304

PEC: cartelle.cliniche@pec.aslogliastra.it



DIREZIONE SANITARIA
P.O.U. "Nostra Signora della Mercede"

www.aslogliastra.it

STAFF DIREZIONE SANITARIA
tel. 0782/490310
CPS Ass. Sanitario Daniela Mulas
CPS Ass. Sanitario Lisa Deiana

SEGRETERIA DIREZIONE SANITARIA
tel. 0782/490299
MAIL: presidio.ospedaliero@aslogliastra.it
Ass. Amm. S. Angela Testorio
Ass. Amm. Giada Murru

DIRETTORE SANITARIO P.O.U. ASL OGLIASTRA
Dott. LUIGI FERRAI

PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO
"Nostra Signora della Mercede"
Direzione Sanitaria
via G. Pilia N°1, 08045 - Lanusei (OG)
Centralino tel. 0782/490211 - Direttore tel. 0782/490303
MAIL: luigi.ferrai@aslogliastra.it
PEC: direzione.presidio@pec.aslogliastra.it
Direttore: Dott. Luigi Ferrai

DELEGA AL RITIRO DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE CLINICA

Il/la Sottoscritta/a nato/a a il/...../..... prov.....

Residente in (prov.....), via n° cap

Tel Allega documento d'identità tipo n°

In qualità di intestatario della documentazione sanitaria

DELEGA

Il/la sig./sig.ra nato/a a il/...../..... (prov

Residente in (prov.....), via n° cap

A ritirare copia di:

- ☐ CARTELLA CLINICA
- ☐ ALTRO (referti, pellicole radiografiche, verbale di pronto soccorso, etc.)

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.

Li.....

Il dichiarante.....

A cura dell'operatore addetto all'ufficio cartelle cliniche

Presenza visione del documento d'identità

- ☐ PAT. N°
- ☐ CARTA d'ID. N°
- ☐ ALTRI

Ufficio Cartelle Cliniche
0782/490304

PEC: cartelle.cliniche@pec.aslogliastra.it

DIREZIONE SANITARIA
P.O.U. "Nostra Signora della Mercedes"



www.aslogliastra.it

STAFF DIREZIONE SANITARIA
tel. 0782/490310
CPS Ass. Sanitario Daniela Mulas
CPS Ass. Sanitario Lisa Deiana

SEGRETERIA DIREZIONE SANITARIA
tel. 0782/490299
MAIL: presidio.ospedaliero@aslogliastra.it
Ass. Amm. S. Angela Testorio
Ass. Amm. Giada Murru

DIRETTORE SANITARIO P.O.U. ASL OGLIASTRA
Dott. LUIGI FERRAI

PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO
"Nostra Signora della Mercedes"
Direz. Sanitaria
via G. Pilia N°1, 08045 - Lanusei (OG)
Centralino tel. 0782/490211 - Direttore tel. 0782/490303
MAIL: luigi.ferrai@aslogliastra.it
PEC: direzione.presidio@pec.aslogliastra.it
Direttore: Dott. Luigi Ferrai

