**ALLEGATO 9.1**

Spett. le DIREZIONE di PRESIDIO

**Oggetto: modulo richiesta copia di cartella clinica/documentazione sanitaria**

Il/la sottoscritto/a …………………………..………………………..……….. nato/a a ……..………………………… il ……………… residente in ………………………………………………. Via ………..………………………………. tel…………………………… e mail …………………………………………..............…………., con il documento n. ……………………… *(allegato in copia)*, rilasciato da ……………….……..……………… il ……………………

In qualità di *(evidenziare l’opzione corretta)*:

* diretto interessato;
* genitore
* tutore
* amministratore di sostegno
* erede
* altro

**CHIEDE copia conforme di:**

* Cartella Clinica;
* Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO);
* Lastre Radiologiche/Pellicole, CD/DVD di immagini/referti;
* Referti Diagnostici
* Referti analitici;
* Verbali/Cartelle Sanitarie relativi a prestazioni di Pronto Soccorso;
* Certificazioni Sanitarie riguardanti Pazienti assistiti in Ospedale;
* Registri operatori e Verbali Operatori;
* Riscontro autoptico e/o verbale autopsia;
* Tracciati;
* Altro………………………………………………

relativa a:

Nome............................................................................. Cognome......................................................................

Nato a.................................................................................................................................. il ....../......../.............

Residente in.........................................................................................................................................................

Via........................................................................................................................................................................

Ricoveri presso i Reparti di:

......................................................................................................................... dal ................... al …...................

......................................................................................................................... dal ................... al …...................

......................................................................................................................... dal ................... al …...................

......................................................................................................................... dal ................... al …...................

......................................................................................................................... dal ................... al …...................

Si chiede, in caso di accoglimento dell’istanza, che la documentazione sia inoltrata:

* per posta al seguente indirizzo ………………………………………………………………………………………
* per PEC al seguente indirizzo ………………………..………………………………………………………………
* per mail al seguente indirizzo ………………………..………………………………………………………………

Il sottoscritto richiedente DELEGA per il ritiro:

Nome............................................................................. Cognome......................................................................

Nato a.................................................................................................................................. il ....../......../.............

Residente in.........................................................................................................................................................

Via........................................................................................................................................................................

Data…………………………….. Firma……………………………………………..

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali che saranno trattati ai sensi della normativa vigente in materia e della regolamentazione ASL Ogliastra al riguardo, al fine della presente istanza.

Data…………………………….. Firma……………………………………………..

***N.B. In caso di soggetto delegato o munito di poteri di rappresentanza allegare:***

* ***delega e fotocopia documento del delegante e del sottoscritto delegato***
* ***documentazione relativa all’esistenza dei propri poteri rappresentativi***