



All'Ufficio Archivio Clinico
Ospedale San Salvatore – Pesaro
Ospedale Santa Croce - Fano
dell'**Azienda Sanitaria Territoriale PU**
(Sede Legale Piazzale Cinelli, 4 – 61121 Pesaro)

La/il sottoscritta/o _____

NATA/O a _____ il _____

RESIDENTE IN _____ PROV (_____) _____

VIA _____ n. _____

e-mail _____ tel. _____

(barrare una delle tre qualifiche sotto riportate)

diretto interessato ricoverata/o in data ____/____/____

presso la UO _____

erede, in qualità di _____ della/del Sig.ra/Sig. _____

nata/o _____ (Prov. _____) in data ____/____/____

deceduta/o in _____ in data ____/____/____ ricoverata/o in data ____/____/____

presso la UO _____

tutore / curatore / amministratore di sostegno

della/del Sig.ra/Sig. _____

nata/o _____ (Prov. _____) in data ____/____/____

residente in _____ (Prov. _____)

Via _____ n. _____

ricoverata/o in data ____/____/____ presso la UO _____

CHIEDE

(barrare una delle due casistiche sotto riportate)

rilascio di copia autentica della propria cartella clinica afferente il ricovero in premessa

rilascio di copia autentica della cartella clinica della/del Sig.ra/Sig. _____
afferente il ricovero indicato in premessa

Impossibilitata/o a presentarsi personalmente dichiara di aver delegato a ritirare la copia della cartella clinica

la/il Sig.ra/Sig. _____

nata/o _____ (Prov. _____) in data ____/____/____

residente in _____ (Prov. _____)

Via _____ n. _____

e-mail _____ tel. _____

In merito al trattamento dei dati personali necessari alla gestione della presente istanza da parte dell'allora Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord, ora AST PU, il Richiedente DICHIARA di aver preso visione dell'INFORMATIVA PRIVACY di cui all'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 sulla protezione dei dati personali (GDPR), pubblicata sul sito web istituzionale dell'Azienda alla Sezione "Privacy"

Dichiara, altresì, di essere consapevole che ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. n. 445/2000 chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, formi atti falsi o ne faccia uso nei casi previsti dalla stessa normativa, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia e che i benefici eventualmente conseguiti in seguito al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, decadono.

Luogo e data _____

Firma _____

(Si allega copia del documento di identità del richiedente e del delegato)

In conformità alla normativa vigente il rilascio della copia della cartella clinica è esente da bollo.

Il pagamento per il rilascio di copia della cartella clinica, che **deve avvenire al momento della richiesta**, può essere effettuato direttamente presso gli Uffici Cassa dell'allora Azienda Ospedaliera Marche Nord, ora AST PU.