

Oggetto: RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Al Direttore del Presidio Ospedaliero Paolo MERLO

-RICHIEDENTE-

Il/La sottoscritt _____ (1) _____

Nat _____ a _____ il _____

Residente a _____

Recapito Telefonico - e-mail _____

Doc. di identificazione _____

In qualità di

Diretto Interessato (se maggiorenne o minore emancipato)

Delegato di (2) _____

Tutore del minore (3) _____

Tutore di persona interdetta (3) _____

Amministratore di sostegno di(4) _____

Erede di (2) _____

CHIEDE

Il rilascio di copia conforme della documentazione sanitaria relativo al ricovero c/o:

Servizio/Struttura _____ Periodo _____

Servizio/Struttura _____ Periodo _____

Servizio/Struttura _____ Periodo _____

DIREZIONE ASL N. 2 GALLURA

Tel. 0789 552 305/310/383/374

Via Bazzoni Sircana, 2 – 2A

07026 Olbia

E-mail: direzione.generale@aslgallura.it

SSD Direzione Medica P.O. LA MADDALENA

Tel. 0789/791205/31/37

via TERRALUGIANA

07024 LA MADDALENA

E-mail: so.merlolamaddalena@aslgallura.it

Il sottoscritto, sotto la propria responsabilità, conferma la veridicità di quanto sotto riportato.
Dichiara inoltre di essere informato che i suoi dati personali saranno trattati, anche con messi informatici, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

ALLEGA alla presente la seguente documentazione atta a far constatare l'esistenza dei propri poteri rappresentativi (2)

1) _____

2) _____

3) _____

Luogo e data

Firma del Richiedente

Il sottoscritto chiede inoltre che la documentazione sanitaria di cui sopra sia spedita al seguente indirizzo:

Firma del Richiedente

1) allegare fotocopia documento di identità

2) Se persona delegata: delega scritta e fotocopia dei documenti di identità del soggetto a cui si riferiscono i dati presenti sulla cartella clinica; se erede: dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi dell'art. 47 DPR 445/000; se genitore: dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 DPR 445/00.

3) se tutore: Decreto di Nomina.

4) Se Amministratore di sostegno Decreto di Nomina, il quale deve obbligatoriamente contenere l'indicazione dell'oggetto dell'incarico e degli atti che l'Amministratore ha il potere di compiere.

Per l'Ufficio

La presente Istanza è stata presentata dal Sig. _____ in data _____

La presente Istanza è stata presentata dal Sig. _____ in data _____

Unitamente alla delega scritta e alla fotocopia del documento di identità del richiedente.

Il Responsabile/Funzionario Incaricato

Data _____

DIREZIONE ASL N. 2 GALLURA

Tel. 0789 552 305/310/383/374

Via Bazzoni Sircana, 2 – 2A

07026 Olbia

E-mail: direzione.generale@aslgallura.it

SSD Direzione Medica P.O. LA MADDALENA

Tel. 0789/791205/31/37

via TERRALUGIANA

07024 LA MADDALENA

E-mail: so.merlolamaddalena@aslgallura.it