

Oggetto: RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Al Direttore del Presidio Ospedaliero

RICHIEDENTE

Il/La Sottoscritto/a(1) _____

Nato/a _____ il _____

Residente a _____

Recapito Telefonico _____

Doc. di identificazione _____

In qualità di

Diretto interessato (se maggiorenne o minorenne emancipato)

Delegato di (2) _____

Tutore del minore(3) _____

Tutore dell'interdetto/a(3) _____

Amministratore di sostegno di (4) _____

Erede di(2) _____

CHIEDE

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

Servizio/Struttura _____ Periodo _____

Servizio/Struttura _____ Periodo _____

Servizio/Struttura _____ Periodo _____

Il sottoscritto, sotto la propria responsabilità, conferma la veridicità di quanto sopra riportato. Dichiara inoltre di essere informato che i suoi dati personali saranno trattati, anche con mezzi 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 d'identità se inviata a mezzo posta o recapitata da soggetto diverso dal richiedente

2) Se persona delegata: delega scritta e fotocopia del documento 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 445/00; genitore: dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 DPR 445/00.

3) se tutore: decreto di nomina;

4) se Amministratore di sostegno deve essere allegato Decreto di nomina, il quale deve obbligatoriamente contenere l'indicazione dell'oggetto dell'incarico e degli atti che l'A. 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 d'identità del richiedente.

Il Responsabile/Funzionario incaricato

Data _____

ARES Azienda Regionale della Salute
Sede Legale
Via Piero della Francesca n. 1
CAP 09047 Città di Selargius (CA)
C.F.: 03990570925

DIREZIONE ASL 2 GALLURA
0789 552200
Via Bazzoni Sircana 2-2 A
CAP 07026 Olbia
P. IVA : 02891650901
Direttore
Dott Marcello Acciàro

Ospedale Paolo Merlo
Direzione Medica
Via Terralugiana
07024 La Maddalena
Tel. 0789/ 791231 - 237 - 205
e-mail so.merlolanaddalena@aslgallura.it