



Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico  
"G. Rodolico - S. Marco"  
CATANIA

Alla Direzione Medica di Presidio  
A.O.U. Policlinico "G. Rodolico - S. Marco" di Catania  
**Ufficio Cartelle Cliniche**  
 P.O. G.Rodolico  
 P.O. S.Marco

### MODULO per RICHIESTA /RITIRO COPIA CARTELLA CLINICA

Il/la sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_

COD. FISC. \_\_\_\_\_ ;  
Residente in \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ n° documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ rilasciato il  
\_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_,

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali che la legge prevede in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, così come disposto dall'art. 76 del DPR n° 445/2000,

#### DICHIARA

di essere legittimato a richiedere / ritirare la cartella clinica/documentazione sanitaria di:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_,  
in qualità di:

- Titolare della documentazione (se maggiorenne);
- Genitore esercente la responsabilità genitoriale ovvero genitore affidatario del minore suindicato;
- Tutore/Curatore del soggetto suindicato. In tal caso specificare ATTO N. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_
- Erede legittimo o testamentario;
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_,

Relativa all'accesso in regime di:  Ricovero ord. ---  Ricovero DH/DS ---  Day Service  
degenza presso:

- U.O. \_\_\_\_\_ Periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
- U.O. \_\_\_\_\_ Periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
- U.O. \_\_\_\_\_ Periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Si allega alla suddetta richiesta, copia di valido documento di identità.

Il Dichiarante

Catania, \_\_\_\_\_

*Il sottoscritto/a dichiara a tale scopo di avere preso visione del documento "Richiesta di copia di documentazione sanitaria - Informativa sul trattamento dei dati" ed autorizza, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del R.E. 2016/679, l'amministrazione dell'AOU Policlinico "G. Rodolico - S. Marco" di Catania al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente istanza e formati successivamente, per le finalità espresse.*

Il Dichiarante

Catania, \_\_\_\_\_