

**DIREZIONE SANITARIA P.O. CIVITA CASTELLANA**

**OGGETTO RICHIESTA:** N. \_\_\_\_\_ **COPIA CARTELLA CLINICA**      **PRESTAZIONE/REFERTO P.S.**  
**ALTRO** \_\_\_\_\_

Si allega copia ricevuta di versamento di € \_\_\_\_\_

Del/la Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Ricovero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Ricovero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Il/la richiedente si impegna a ritirare la documentazione entro 90 giorni dalla data della presente richiesta. Trascorso tale termine il documento verrà distrutto e pertanto l'assistito, qualora ne richiedesse la copia, dovrà inoltrare nuova domanda corredata da un ulteriore pagamento.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**GENITORE                      TUTORE DEL MINORE DICHIARA:**

l'insussistenza della preclusione dalla potestà di cui al 3° comma dell'art. 155 C.C. e di avere l'assenso di altri aventi diritto a richiedere e ritirare il documento clinico di che trattasi, assumendone tutte le eventuali responsabilità.

Letto, confermato e sottoscritto

Firma

Civita Castellana li, \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**LEGITTIMO EREDE DICHIARA:** di essere \_\_\_\_\_ del/la Sig./ra \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ deceduto/a in data \_\_\_\_\_ e come tale erede legittimo/a ed avente diritto a

richiedere e ritirare il documento clinico di che trattasi e di avere l'assenso di altri eredi, assumendone tutte le eventuali responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti o dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 28-12-2000 N° 445

Letto, confermato e sottoscritto

Firma

Civita Castellana li, \_\_\_\_\_

**INDIRIZZO PER LA SPEDIZIONE**

Sig./ra \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Esibisce il seguente documento: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

L'incaricato

Il richiedente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



ASL  
VITERBO

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

*DIREZIONE SANITARIA P.O. CIVITA CASTELLANA*



REGIONE  
LAZIO

La documentazione è stata ritirata il giorno \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ dal Sig. \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

**L'incaricato**

**Firma**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E' stata inviata tramite servizio postale il giorno \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**L'incaricato**

\_\_\_\_\_