

Spett.le
Ospedale Privato Accreditato
Hesperia Hospital Modena spa
Ufficio cartelle cliniche
Tel. 059/449112 Fax 059/394840

IO SOTTOSCRITTO

Consapevole che in caso di dichiarazione mendace o, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, sarà punito ai sensi del codice penale come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità.

DICHIARO DI ESSERE

- Diretto interessato (capace e maggiorenne).....
- Genitore titolare della potestà sul minore.....
- Tutore/curatore di
- Amministratore di sostegno di.....
- Stato convivente stabilmente per anni.....con il Sig./Sig.ra.....
- Erede legittimo/testamentario di.....

(Con la presente richiesta il richiedente autocertifica che trattandosi di documentazione sanitaria di persona deceduta, provvederà egli stesso ad informare gli eventuali altri eredi dell'avvenuto ritiro da parte sua della documentazione sanitaria).

RICHIEDO COPIA DELLA CARTELLA CLINICA DELLA PERSONA SOPRAINDICATA

Data di ricovero.....Reparto.....

MODALITA' DEL RITIRO **PERSONALE** **POSTALE**

DELEGO AL RITIRO IL SIG.....

RECAPITO TELEFONICO.....

Indirizzo per spedizione

CAP.....CITTA'

SI ALLEGA COPIA FRONTE RETRO DEL DOCUMENTO D'IDENTITA' DEL DELEGANTE E DEL DELEGATO

Data..... **Firma**.....

Informativa privacy. Io sottoscritto dichiaro di essere informato che i dati personali saranno trattati anche con mezzi informatici ai fini del presente procedimento e che il titolare è l'Ospedale Privato Accreditato Hesperia Hospital spa Modena e che ogni richiesta potrà essere rivolta al recapito in indirizzo.

Data..... **Firma**.....