

## MODULO DI RICHIESTA COPIA CONFORME DELLA CARTELLA CLINICA

IL/LA sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ documento di identità

n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_

chiede il rilascio di copia cartella clinica

COGNOME E NOME PAZIENTE	DATA DI NASCITA	DATA INIZIO RICOVERO	DATA DIMISSIONE	REPARTO DIMISSIONE

La documentazione è richiesta per

- Uso proprio
- Uso assicurativo
- Altro

**LA CARTELLA CLINICA VERRA'**

- Spedita tramite e-mail \_\_\_\_\_

**Inviare la richiesta e il documento di riconoscimento** per e-mail:

cartelle.cliniche @policlinico.pa.it - TEL. 091/6553706-3708 CHIAMARE IL LUNEDI E VENERDI DALLE 09.00 ALLE 13.00

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 del Reg.UE n. 679/2016 ("PRIVACY"):** "Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati in conformità alla citata normativa A.O.U.P. esclusivamente ai fini del presente procedimento e che potrà reperire ulteriori informazioni sulle modalità di utilizzo degli stessi sul sito internet aziendale

Palermo \_\_\_\_\_

Il Richiedente

\_\_\_\_\_