



REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI

Via Martiri Lancianesi n. 17/19 - 66100 Chieti

C.F. e P. Iva 02307130696

ALLEGATO 11) Modello C

## RICHIESTA CARTELLA CLINICA

Al Dirigente Medico  
Presidio Ospedaliero di:

\_\_\_\_\_

### RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a<sup>1</sup> \_\_\_\_\_,  
(cognome e nome)

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (luogo, provincia) \_\_\_\_\_ (data)  
in Via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (luogo, provincia) (indirizzo)  
documento di identificazione \_\_\_\_\_

conosciuto dall'operatore \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Il rilascio di copia conforme della cartella clinica di \_\_\_\_\_

ai sensi dell'art. 92 D.Lgs. 196/2003 che prescrive: "Eventuali richieste di presa visione o di rilascio di copia della cartella clinica e dell'acclusa scheda di dimissione ospedaliera da parte di soggetti diversi dall'interessato possono essere accolte, in tutto o in parte, solo se la richiesta di un terzo è giustificata dalla documentata necessità di a) far valere o difendere un diritto in sede giudiziaria ai sensi dell'art. 26, c. 4, lett. c), di rango pari a quello dell'interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale e inviolabile; b) di tutelare, in conformità alla disciplina sull'accesso ai documenti amministrativi, una situazione giuridicamente rilevante di rango pari a quello dell'interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale e inviolabile".

relativa al ricovero presso

Servizio / Struttura \_\_\_\_\_

Periodo \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> allegare fotocopia documento di identità se inviata a mezzo posta o recapitata da soggetto diverso dal richiedente.



REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI

Via Martiri Lancianesi n. 17/19 - 66100 Chieti

C.F. e P. Iva 02307130696

Per i seguenti motivi: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si impegna al pagamento immediato o tramite contrassegno postale del costo di riproduzione della cartella clinica in base alle disposizioni stabilite con Deliberazione del Direttore Generale della Asl2 Lanciano Vasto Chieti.

Il sottoscritto, sotto la propria responsabilità, conferma la veridicità di quanto sopra riportato. Dichiaro inoltre di essere informato che i suoi dati personale saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

ALLEGA alla presente la seguente documentazione atta a comprovare il proprio interesse ad ottenere copia della cartella clinica:

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del Richiedente

\_\_\_\_\_

**PARTE RISERVATA ALL'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 ed alla fotocopia del documento d'identità del richiedente.

Il Direttore / Responsabile / Funzionario / Dipendente incaricato

\_\_\_\_\_