

**DICHIARAZIONE DI RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE URGENTE
(da allegare al modulo di richiesta copia documentazione sanitaria)**

Il/La sottoscritto/a _____ in
qualità di titolare/delegato di _____
richiede con **urgenza** la copia della cartella clinica di _____
nato il _____ a _____
dimesso il _____ dall'U.O. _____

Dichiara di essere a conoscenza che la richiesta in regime di urgenza può comportare la consegna di copia di cartella incompleta e quindi non chiusa in quanto non completato l'iter diagnostico-terapeutico.

Dichiara di essere informato che il rilascio della copia di cartella clinica chiusa necessita di ulteriore richiesta e conseguente pagamento della relativa tariffa.

Il Richiedente

L'operatore

ALLEGARE DELEGA E COPIA DOCUMENTO IDENTITA' DEL TITOLARE DEI DATI