

**Al direttore sanitario del CRM di Volterra**

In caso di compilazione a mano, scrivere in stampatello

**Il richiedente** (solo se diverso dall'intestatario della cartella)

Cognome	
Nato/a il	
Residente in via	
Città	
In qualità di	<input type="radio"/> genitore <input type="radio"/> coniuge <input type="radio"/> figlio

Nome			
A			
N°		CAP	
Tel.			
	<input type="radio"/> erede <input type="radio"/> altro		

consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci

**Il titolare della cartella**

Cognome	
Nato/a il	
Residente in via	
Città	

Nome			
A			
N°		CAP	
Tel.			

chiede il rilascio della cartella clinica relativa al ricovero avvenuto:

dal		al	
dal		al	
dal		al	

con pagamento:

 di € 10,00 allo Sportello di € 15,00 mediante A/R al seguente indirizzo \_\_\_\_\_

Il titolare desidera delegare al ritiro \_\_\_\_\_ munito di

fotocopia del documento d'identità proprio e del delegato

Il titolare dichiara di sollevare il CRM da ogni responsabilità circa l'uso della documentazione sanitaria richiesta.

data

firma leggibile del titolare

Tutela dei dati - il richiedente dichiara di essere stato informato sulle modalità e finalità del trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 196/2003. Ulteriori info: <https://www.inail.it/cs/internet/istituto/amministrazione-trasparente/altri-contenuti-dati-ulteriori/privacy.html>