

**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***