

RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Istituto Giannina Gaslini
Ufficio Cartelle Cliniche
Via Gerolamo Gaslini, 5
16147 GENOVA
FAX: 01056362707
E-mail: cartellecliniche@gaslini.org

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

ai sensi ed agli effetti del DPR 445/2000, consapevole delle conseguenze penali delle dichiarazioni mendaci e falsità in atti, dichiara di essere (barrare)

☐ **Genitore esercente patria potestà** ☐ **Tutore/Amm. di sostegno*** ☐ **Erede Legittimo**

*(Allegare provvedimento di nomina da parte del Tribunale)

Dati relativi al paziente:

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Dati relativi al ricovero (solo per richiesta di Cartella Clinica):

dal _____ al _____ Unità Operativa _____

dal _____ al _____ Unità Operativa _____

dal _____ al _____ Unità Operativa _____

dal _____ al _____ Unità Operativa _____

Copia su CD dei seguenti esami strumentali:

☐ RX del _____

☐ Risonanza Magnetica del _____

☐ TAC del _____

☐ Angiografia/endoscopia del _____

Indirizzo del richiedente:

Via/Piazza _____ n. _____

Cap _____ Comune _____ Telefono _____

E-mail: _____

Ritirerà il documento:

- ☐ **Lo stesso richiedente presso il Padiglione 10 - 3° piano dell'Istituto Giannina Gaslini**
- ☐ **Persona con delega del richiedente presso il Padiglione 10 - 3° piano dell'Ist. Giannina Gaslini**
- ☐ **Spedire** *(all'indirizzo del richiedente)*

Data_____ Firma del richiedente_____

(Allegare copia del documento di identità fronte/retro del richiedente. La PRIMA copia della cartella clinica, chiesta ai sensi dell. Art. 15 RGPD/GDPR viene rilasciata a titolo gratuito)