


|   |  |                               |
|---|--|-------------------------------|
|  | MODULO   | Mod. RCARTSAN Rev.00          |
|   | <b>MODULO RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA</b> | STR/REP/UFF.: Amministrazione |
|   |  | Pagina 1 di 1                 |

**Spett. le Villa Mendicini**

Via degli Olmi, 55 – 00172 Roma

Centralino Struttura: +39.06.2307444

Recapito Fax: +39.06.2307444

e-mail: [amministr@villamendicini.it](mailto:amministr@villamendicini.it)

**DATI DELL'INTESTATARIO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (da compilare obbligatoriamente)**

Il sottoscritto, Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**Identificazione a cura dell'ufficio preposto:**

Estremi del documento \_\_\_\_\_ Rilasciato dal \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DATI DEL RICHIEDENTE (non compilare se il richiedente coincide con l'intestatario della documentazione)**

Il sottoscritto, Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**Identificazione a cura dell'ufficio preposto:**

Estremi del documento \_\_\_\_\_ Rilasciato dal \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

in qualità di:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Delegato dell'intestatario                    | <input type="checkbox"/> Erede dell'Intestatario                       |
| <input type="checkbox"/> Esercente la patria potestà sull'Intestatario | <input type="checkbox"/> Tutore/Curatore/Affidatario dell'Intestatario |

**IMPORTANTE:** nel caso di richiedente non coincidente con l'intestatario della documentazione **allegare:**

- delega dell'intestatario e fotocopia controfirmata di un documento di riconoscimento fronte/retro dell'intestatario della documentazione sanitaria;
- se deceduto, indicare la relazione di parentela in qualità di erede legittimo;
- se Tutore/Curatore/Affidatario dell'Intestatario, copia provvedimento attestante la titolarità del richiedente.

**IN ASSENZA DI ALLEGATI LA RICHIESTA NON SARÀ EVASA**

*Il pagamento di quanto previsto dovrà avvenire al momento della richiesta*

**Richiedo il rilascio di cartella clinica in copia:**

Ricovero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Ricovero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Io sottoscritto dichiaro di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.

\_\_\_\_\_  
LUOGO, DATA

\_\_\_\_\_  
FIRMA LEGGIBILE del RICHIEDENTE