

127  
Alla Direzione Medica Presidi Ospedalieri ASL 4

SEDE AMELIA

RICHIESTA ☐ della Cartella Clinica ☐ Referto P.S.

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nata/o a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

☐ Urgente

REPARTO

DATA DI RICOVERO

N. Copia  
Cartelle Cliniche

Si richiede Spedizione per posta: ☐ NO ☐ SI con spesa di spedizione a carico

Telefono del Richiedente per eventuali comunicazioni \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma del Richiedente \_\_\_\_\_

(parte da staccare e consegnare all'utente)

PRESIDIO OSPEDALIERO DI NARNI - AMELIA - SEDE AMELIA  
UFFICIO CARTELLE CLINICHE Tel. 0744/901221

L' Ufficio è aperto agli utenti dal LUNEDI', MARTEDI', GIOVEDI' dalle ore 16.00 alle ore 18.00 MERCOLEDI', VENERDI' SABATO dalle ore 9.45 alle ore 11.00 esclusi i giorni festivi ed il primo sabato di ogni mese. Si forniscono inoltre informazioni per telefono negli stessi orari e giorni.

Rif. Richiesta n. \_\_\_\_\_

RICEVUTA

In data odierna è stata presentata richiesta di copia di Cartella Clinica / Referto di P.S.

Data \_\_\_\_\_ L'Incaricato \_\_\_\_\_

#### BREVI INFORMAZIONI SUL RILASCIO DELLA CARTELLA CLINICA

**RITIRO DELLA CARTELLA** La cartella può essere ritirata dal diretto interessato (titolare della cartella clinica o genitori con potestà o tutori del titolare se questo è minorenne o interdetto) presso l'Ufficio Cartelle Cliniche dove è stata presentata la domanda.

Se il diretto interessato non può o non ritiene di ritirare personalmente la cartella, può incaricare del ritiro una persona di sua fiducia, fornendole una specifica delega scritta. A richiesta, gli Uffici Cartelle Cliniche forniscono un modello di delega da riempire.

(continua dietro a questo foglio)

1.2

## PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO CARTELLE CLINICHE

Cognome e nome del richiedente  
(se diverso dall'interessato delle cartelle) \_\_\_\_\_

estremi del documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

copia ☐ consegnata personalmente ☐ passata alla spedizione il \_\_\_\_\_

L' Incaricato \_\_\_\_\_

Eventuali annotazioni:

---

---

---

---

---

La copia della cartella archiviata verrà rilasciata entro 30 giorni dalla presentazione della domanda.

Chi ritira la Cartella dovrà esibire un proprio, valido documento di riconoscimento. In caso di delega dovranno essere esibiti:

- la delega scritta
- un valido documento d'identità del delegante
- un valido documento d'identità del delegato

Il costo di una copia della cartella clinica è di Euro 12

**SPEDIZIONE DELLA CARTELLA** A richiesta, la cartella sarà spedita a mezzo posta (assicurata convenzionale) a casa del diretto interessato, che pagherà direttamente al portafoglio il costo della copia e le spese postali (così detto pagamento in contrassegno), secondo le tariffe dell'Ente Posta.

**AVVERTENZA:** le Cartelle di cui non sia stata richiesta la spedizione, se non vengono ritirate entro 60 gg dalla richiesta, saranno egualmente spedite a casa del diretto interessato sempre con assicurata convenzionale e pagamento in contrassegno del costo della cartella (o delle cartelle) e delle spese postali.

Con le stesse modalità è possibile richiedere il rilascio della copia dei referti di Pronto Soccorso. Il costo di una copia del referto è di Euro 5.

Richiesta n. \_\_\_\_\_

Ala 2  
Alla Direzione Sanitaria Presidio Ospedaliero Narni - Amelia

**SEDE NARNI**

RICHIESTA di ☐ Cartella Clinica ☐ Referto P.S.

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nata/o a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

REPARTO \_\_\_\_\_

DATA DI RICOVERO \_\_\_\_\_

N. Copia  
Cartelle Cliniche

Si richiede Spedizione per posta: ☒ NO ☐ SI con spesa di spedizione a carico

Telefono del Richiedente per eventuali comunicazioni \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma del Richiedente \_\_\_\_\_

(parte da staccare e consegnare all'utente)

**PRESIDIO OSPEDALIERO DI NARNI - AMELIA - SEDE DI NARNI**  
**UFFICIO CARTELLE CLINICHE Tel 0744/740304**

L' Ufficio è aperto agli utenti dal LUNEDI' al VENERDI' dalle ore 8,30 alle ore 12,00  
MARTEDI' e GIOVEDI' dalle ore 14,45 alle ore 17,45 esclusi i giorni festivi.  
Si forniscono inoltre informazioni per telefono negli stessi orari e giorni.

Rif. Richiesta n. \_\_\_\_\_

**RICEVUTA**

In data odierna è stata presentata richiesta di copia di Cartella Clinica

Data \_\_\_\_\_ L'Incaricato \_\_\_\_\_

**BREVI INFORMAZIONI SUL RILASCIO DELLA CARTELLA CLINICA**

**RITIRO DELLA CARTELLA** La cartella può essere ritirata dal diretto interessato (titolare della cartella clinica o genitori con potestà o tutori del titolare se questo è minorenne o interdetto), presso l'Ufficio Cartelle Cliniche dove è stata presentata la domanda.  
Se il diretto interessato non può o non ritiene di ritirare personalmente la cartella, può incaricare del ritiro una persona di sua fiducia, fornendole una specifica delega scritta. A richiesta, gli Uffici Cartelle Cliniche forniscono un modello di delega da riempire  
(continua dietro a questo foglio).

1.2

## PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO CARTELLE CLINICHE

Cognome e nome del richiedente  
(se diverso dall'interessato delle cartelle) \_\_\_\_\_

estremi del documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

copia ☐ consegnata personalmente ☐ passata alla spedizione il \_\_\_\_\_

L' Incaricato \_\_\_\_\_

Eventuali annotazioni:

---

---

---

---

---

---

---

---

La copia della cartella archiviata verrà rilasciata entro 30 giorni dalla presentazione della domanda.

Chi ritira la Cartella dovrà esibire un proprio, valido documento di riconoscimento. In caso di delega dovranno essere esibiti:

- > la delega scritta
- > un valido documento d'identità del delegante
- > un valido documento d'identità del delegato

Il costo di una copia della cartella clinica è di Euro 12

**SPEDIZIONE DELLA CARTELLA** A richiesta, la cartella sarà spedita a mezzo posta (assicurata convenzionale) a casa del diretto interessato, che pagherà direttamente al portalettere il costo della copia e le spese postali (così detto pagamento in contrassegno), secondo le tariffe dell'Ente Posta.

**AVVERTENZA:** le Cartelle di cui non sia stata richiesta la spedizione, se non vengono ritirate entro 60 gg dalla richiesta, saranno egualmente spedite a casa del diretto interessato sempre con assicurata convenzionale e pagamento in contrassegno del costo della cartella (o delle cartelle) e delle spese postali.

Con le stesse modalità è possibile richiedere il rilascio della copia dei referti di Pronto Soccorso. Il costo di una copia del referto è di Euro 5.

1 e 2

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
(Art. 46 DPR 445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nata/o il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni anche penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli  
atti, richiamate dagli art. 75 e 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

**DICHIARA DI ESSERE**

Erede testamentario/legittimo (indicare il grado di parentela) \_\_\_\_\_ di:  
Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, deceduto in (indicare il  
Comune) \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_.

Il sottoscritto, ai sensi del D. Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali)  
acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi  
al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità in corso di validità.

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

Il dichiarante \_\_\_\_\_  
(firma per esteso e leggibile)

12

## DELEGA AL RITIRO DI COPIA DI CARTELLA CLINICA

Io sottoscritta/o

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nata/o il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Nella mia qualità di:

☐ Persona che è stata ricoverata

☐ Genitore con potestà o tutore del minore/interdetto ricoverato:

\_\_\_\_\_  
(cognome e nome del minore/interdetto)

Estremi documenti d'identità (non scaduti)

☐ Carta d'identità ☐ Patente di guida ☐ Passaporto

N° \_\_\_\_\_

Rilasciata da \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

### DELEGO LA SEGUENTE PERSONA:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nata/o il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Estremi documenti d'identità (non scaduti)

☐ Carta d'identità ☐ Patente di guida ☐ Passaporto

N° \_\_\_\_\_

Rilasciata da \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

A RITIRARE PER MIO CONTO LA COPIA (o le copie) DI CARTELLA CLINICA RELATIVA AI SEGUENTI RICOVERI, ESONERANDO CODESTO ISTITUTO DA OGNI RESPONSABILITA' AL RIGUARDO

Reparto	Data Ricovero	Data Dimissione
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Insieme alla presente delega, per il ritiro delle copie di cartelle cliniche richieste, è indispensabile esibire il documento di identità (non scaduto) sia del delegante che del delegato.







SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE DELL'UMBRIA  
AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE N. 4 TERNI  
Sede Legale - Via Bramante, 37 05100 Terni



PRESIDIO OSPEDALIERO NARNI AMELIA  
DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA  
Tel. 0744/740239 - 0744/740276 /740218  
Fax 0744/740258 /740317

AL DIRETTORE SANITARIO

## **RICHIESTA CARTELLA CLINICA**

**Il sottoscritto DOTT** \_\_\_\_\_

**In servizio presso** \_\_\_\_\_

**chiede il rilascio della cartella clinica del sig/ra**

**Nata/o il** \_\_\_\_\_ **a** \_\_\_\_\_

**Relativa al ricovero**

**del** \_\_\_\_\_ **presso** \_\_\_\_\_

**Allo scopo di prendere visione dei referti già allegati nella stessa**

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma del richiedente** \_\_\_\_\_

**CONSEGNO LA CARTELLA DEL SIG** \_\_\_\_\_

**RICOVERATO IN** \_\_\_\_\_

**AL DOTT** \_\_\_\_\_

**DATA** \_\_\_\_\_ **FIRMA ADDETTO** \_\_\_\_\_

**FIRMA RICEVENTE** \_\_\_\_\_

**RESTITUISCO LA CARTELLA DEL SIG** \_\_\_\_\_

**ALL'ADDETTO SIG** \_\_\_\_\_ **DATA** \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_

4

# **SCHEDA RILEVAZIONE DATI MEDICI OSPEDALIERI ABILITATI ALLA PRESCRIZIONE**

## **Sezione 1: DATI ANAGRAFICI**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residenza via \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Domicilio via (se diverso da residenza) \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

\*Telefono casa: \_\_\_\_\_ \*Telefono cell.: \_\_\_\_\_ \*e-mail \_\_\_\_\_

Data inizio attività: \_\_\_\_\_ Data fine attività: \_\_\_\_\_

\*dato facoltativo

## **Sezione 2: STRUTTURA DI APPARTENENZA**

- ☐ Azienda Ospedaliera "S. Maria"
- ☐ Presidio Ospedaliero di Narni
- ☐ Presidio Ospedaliero di Amelia
- ☐ Presidio Ospedaliero di Orvieto
- ☐ Altro \_\_\_\_\_

U.O. DI APPARTENENZA \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

Acconsento alla raccolta e al trattamento dei miei dati personali sopra riportati nel rispetto della normativa a tutela della privacy (T.U. 196/03).

firma \_\_\_\_\_

## NOTIFICA DI MALATTIA INFETTIVA

Comune di .....

COGNOME .....		CONIUGATA IN .....	
NOME .....	SESSO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DATA DI NASCITA .....	
RESIDENZA .....			
VIA .....	N. ....	TELEF. N. ....	
DOMICILIO ABITUALE .....		Via ..... (se diverso dalla residenza) N. ....	
U.L.S.S. ....			
PROFESSIONE .....			
CODICE S. S. N. ....			

DIAGNOSI .....			
Accertata <input type="checkbox"/>	Sospetta <input type="checkbox"/>	Cultura <input type="checkbox"/>	
Esame microscopico diretto <input type="checkbox"/>	Sierologia <input type="checkbox"/>		
Data inizio malattia .....			
Collettività frequentata .....			
Eventuale vaccinazione	NO	NON SO	SI
			ANNO .....
EVENTUALE RICOVERO .....			
MISURE PROFILATTICHE ADOTTATE .....			
OSSERVAZIONI .....			

Data .....

IL MEDICO NOTIFICANTE .....  
(timbro e firma)

MEDICI NON OSPEDALIERI: inviare le due copie al Distretto Sanitario o al Settore Igiene e Prevenzione  
MEDICI OSPEDALIERI: inviare le due copie alla Direzione Sanitaria

Amelia li. \_\_\_\_\_

Prot. nr. \_\_\_\_\_

U.O. Igiene e Prevenzione  
Via Bramante, 37  
05100 TERNI

Oggetto: trasmissione documentazione

Per i provvedimenti di competenza si trasmette la documentazione relativa alla notifica di malattia infettiva rilevata al Punto di Primo Soccorso del Presidio Ospedaliero di Amelia dei Signori di seguito elencati:

---

---

---

---

---

Distinti saluti.

Il Dirigente Medico  
(Dr. S. Guido)

LISTA DI ATTESA  
X INT. DI  
CATARATTA  
DAL. [REDACTED]  
AL.

9

[illegible]

# **Stupefacenti e Sostanze Psicotrope**

Registro di carico e scarico Unità Operative

D.M. 3 agosto 2001

Cod. 0142312 - Roma 306

Dosaggio \_\_\_\_\_

da pag. \_\_\_\_\_ riporto \_\_\_\_\_ in giacenza. \_\_\_\_\_



34

IL DIRETTORE SANT'ALDO

**SCARICO**

GIACENZA

[illegible]

**Il responsabile dell'Unità opera**

a pag. \_\_\_\_\_ riportare \_\_\_\_\_ in giacenza.



**BUONO DI RICHIESTA DI FARMACO A BASE DI STUPEFACENTE  
O SOSTANZA PSICOTROPA ALLA FARMACIA OSPEDALIERA**  
(D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309, Art. 45, comma 6)

OSPEDALE E REPARTO, DIVISIONE O SERVIZIO (NUMERO)

N.31 del \_\_\_\_\_

**SEZIONE PRIMA**  
PER IL REPARTO RICHEDENTE  
*Si richiede alla Farmacia la fornitura  
del sottospecificato medicinale:*

DENOMINAZIONE

FORMA FARMACEUTICA

DOSAGGIO UNITARIO

QUANTITÀ

Il MEDICO PRESCRIVENTE

Visto: Il Dirigente Medico del PRESIDIO

Data \_\_\_\_\_

RICEVUTO il giorno \_\_\_\_\_

Il RICEVUTE

ANNOTATO IN ENTRATA A PAG. \_\_\_\_\_ DEL REGISTRO DI REPARTO

**BUONO DI RICHIESTA DI FARMACO A BASE DI STUPEFACENTE  
O SOSTANZA PSICOTROPA ALLA FARMACIA OSPEDALIERA**  
(D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309, Art. 45, comma 6)

OSPEDALE E REPARTO, DIVISIONE O SERVIZIO (NUMERO)

N.31 del \_\_\_\_\_

**SEZIONE SECONDA**  
PER LA FARMACIA INTERNA  
*Si richiede alla Farmacia la fornitura  
del sottospecificato medicinale:*

DENOMINAZIONE

FORMA FARMACEUTICA

DOSAGGIO UNITARIO

QUANTITÀ

Il MEDICO PRESCRIVENTE

Visto: Il Dirigente Medico del PRESIDIO

Data \_\_\_\_\_

CONSEGNATO il giorno \_\_\_\_\_

Il FARMACISTA

**BUONO DI RICHIESTA DI FARMACO A BASE DI STUPEFACENTE  
O SOSTANZA PSICOTROPA ALLA FARMACIA OSPEDALIERA**  
(D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309, Art. 45, comma 6)

OSPEDALE E REPARTO, DIVISIONE O SERVIZIO (NUMERO)

N.31 del \_\_\_\_\_

**SEZIONE TERZA**  
PER USO AMMINISTRATIVO  
*Si richiede alla Farmacia la fornitura  
del sottospecificato medicinale:*

DENOMINAZIONE

FORMA FARMACEUTICA

DOSAGGIO UNITARIO

QUANTITÀ

Il MEDICO PRESCRIVENTE

Visto: Il Dirigente Medico del PRESIDIO

Data \_\_\_\_\_

CONSEGNATO il giorno \_\_\_\_\_

Il FARMACISTA

BUONO PER LA RESTITUZIONE DI FARMACO A BASE DI STUPEFACENTE  
O SOSTANZA PSICOTROPA ALLA FARMACIA OSPEDALIERA  
(D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309, Art. 45, comma 6)

OSPEDALE E REPARTO, DIVISIONE O SERVIZIO (timbro)

N. 36

del \_\_\_\_\_

### SEZIONE PRIMA

PER IL REPARTO

Si restituisce alla Farmacia il  
sottospecificato medicinale:

DENOMINAZIONE

FORMA FARMACEUTICA

DOSAGGIO UNITARIO

QUANTITÀ

MOTIVO DELLA RESTITUZIONE

Il RESPONSABILE DEL REPARTO

Visto: Il Dirigente Medico del Presidio

Data

CONSEGNATO il giorno \_\_\_\_\_

Il FARMACISTA RICEVENTE

ANNOTATO IN USCITA A PAG. \_\_\_\_\_ DEL REGISTRO DI REPARTO

BUONO PER LA RESTITUZIONE DI FARMACO A BASE DI STUPEFACENTE  
O SOSTANZA PSICOTROPA ALLA FARMACIA OSPEDALIERA  
(D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309, Art. 45, comma 6)

OSPEDALE E REPARTO, DIVISIONE O SERVIZIO (timbro)

N. 36

del \_\_\_\_\_

### SEZIONE SECONDA

PER LA FARMACIA INTERNA

Si restituisce alla Farmacia il  
sottospecificato medicinale:

DENOMINAZIONE

FORMA FARMACEUTICA

DOSAGGIO UNITARIO

QUANTITÀ

MOTIVO DELLA RESTITUZIONE

Il RESPONSABILE DEL REPARTO

Visto: Il Dirigente Medico del Presidio

Data

RICEVUTO il giorno \_\_\_\_\_

Il DIRETTORE DELLA FARMACIA

ANNOTATO IN ENTRATA A PAG. \_\_\_\_\_ DEL REGISTRO DI REPARTO

BUONO PER LA RESTITUZIONE DI FARMACO A BASE DI STUPEFACENTE  
O SOSTANZA PSICOTROPA ALLA FARMACIA OSPEDALIERA  
(D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309, Art. 45, comma 6)

OSPEDALE E REPARTO, DIVISIONE O SERVIZIO (timbro)

N. 36

del \_\_\_\_\_

### SEZIONE TERZA

PER USO AMMINISTRATIVO

Si restituisce alla Farmacia il  
sottospecificato medicinale:

DENOMINAZIONE

FORMA FARMACEUTICA

DOSAGGIO UNITARIO

QUANTITÀ

MOTIVO DELLA RESTITUZIONE

Il RESPONSABILE DEL REPARTO

Visto: Il Dirigente Medico del Presidio

Data

RICEVUTO il giorno \_\_\_\_\_

Il DIRETTORE DELLA FARMACIA

ANNOTATO IN ENTRATA A PAG. \_\_\_\_\_ DEL REGISTRO DI REPARTO

[illegible]

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE DELL'UMBRIA  
 AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE N. 4 TERNI  
 Sede Legale -- Via Bramante, 37 05100 Terni



PRESIDIO OSPEDALIERO NARNI AMELIA  
 DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA  
 Tel. 0744/740239 -- 0744/740276 /740218  
 Fax 0744/740258 /740317

## CERTIFICATO

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_

Certifica che in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

Ha praticato intervento di amputazione di \_\_\_\_\_

al sig/ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

ricoverato presso \_\_\_\_\_

pertanto richiede che la parte amputata venga

☐ inumata

☐ tumulata

☐ cremata

ai sensi della normativa vigente in materia

in fede

data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE DELL'UMBRIA  
AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE N. 4 TERNI  
Sede Legale - Via Bramante, 37 05100 Terni



PRESIDIO OSPEDALIERO NARNI AMELIA  
DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA  
Tel. 0744/740239 - 0744/740276 /740218  
Fax 0744/740258 /740317

## DICHIARAZIONE

Il/la sottoscritta \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
Degente presso la U.O. \_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_  
Esercente tutela del sig \_\_\_\_\_  
degente presso la U.O. \_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_  
Del Presidio Ospedaliero Azienda ASL 4 Terni

- ☐ -richiede di procedere in modo autonomo alla inumazione /cremazione dell'arto o parte di esso amputato in data \_\_\_\_\_
- ☐ consapevole che tale scelta comporta a proprio carico sia l'individuazione della ditta che dovrà provvedere alla inumazione /cremazione che l'assunzione delle spese relative
- ☐ -acconsente al trattamento dell'arto o parte di esso amputato in data \_\_\_\_\_  
da parte dell'Azienda ASL 4 Terni, secondo la vigente normativa e senza oneri a proprio carico.

Il paziente o esercente tutela

Data \_\_\_\_\_

**AZIENDA SANITARIA ASL 4 TERNI -PRESIDIO OSPEDALIERO NARNI-AMELIA  
MODULO DI ACCOMPAGNAMENTO PARTI ANATOMICHE RICONOSCIBILI**

<b>COGNOME</b>	<b>NOME</b>
<b>TIPO DI PARTE ANATOMICA RICONOSCIBILE</b>	
<b>ARTO SUPERIORE</b>	
<b>ARTO INFERIORE FETO(SPECIFICARE ETA' GESTAZIONALE)</b>	
<b>ALTRO(SPECIFICARE)</b>	
<b>TRATTAMENTO CHIRURGICO EFFETTUATO IL</b>	
<b>PRESSO</b>	
<b>ESPULSIONE ABORTIVA AVVENUTA IL</b>	
<b>PRESSO</b>	

**IL RESPONSABILE U.O.**

REGIONE DELL'UMBRIA  
AZIENDA U.S.L. UMBRIA N.2  
PRESIDIO OSPEDALIERO DI SPOLETO  
Via Loreto, 3 06049 SPOLETO (PG)  
Tel. 0743/210269 - fax 0743/210374

ATTO NUMERO \_\_\_\_\_  
COGNOME \_\_\_\_\_  
NOME \_\_\_\_\_  
SESSO \_\_\_\_\_

## ATTO DI DICHIARAZIONE DI NASCITA

L'anno \_\_\_\_\_ addì \_\_\_\_\_ del mese di \_\_\_\_\_  
alle ore \_\_\_\_\_ e minuti \_\_\_\_\_ presso l'Ospedale S. Matteo degli  
Infermi (Via Loreto 3), sito nel Comune di Spoleto prov. Perugia.

\_\_\_\_\_ Direttore Sanitario  
Innanzitutto sottoscritto \_\_\_\_\_

Adetto alla Direzione Sanitaria, a ciò espressamente autorizzato dal Direttore Sanitario con delega conservata in atti

è comparso/a \_\_\_\_\_  
nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_  
il/la quale, nella sua veste di \_\_\_\_\_ dichiara quanto segue:  
il giorno \_\_\_\_\_ del mese di \_\_\_\_\_ dell'anno \_\_\_\_\_  
alle ore \_\_\_\_\_ e minuti \_\_\_\_\_ in questo centro di nascita è nato un bambino di  
sesso \_\_\_\_\_ al quale viene dato il nome di \_\_\_\_\_

Detto bambino, la cui nascita è comprovata dall'allegata "attestazione di nascita", è nato dalla Sig.ra

nata a \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
cittadina \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
coniugata con il Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
provincia di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ cittadino \_\_\_\_\_

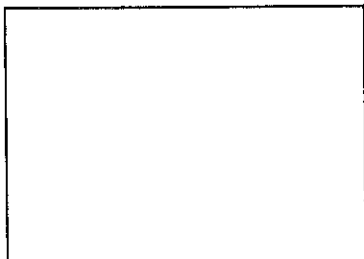
Per i casi che ricorre, a norma dell'art. 36 della L. 31.5.1995 n. 218, il dichiarante afferma che, giusta le leggi  
del proprio Stato, il cognome del/la bambin \_\_\_\_\_ è \_\_\_\_\_

Il/la dichiarante afferma che è intervenuto accordo con l'altro genitore affinché il presente atto  
venga rimesso, ai fini della trascrizione al Comune di residenza d \_\_\_\_\_

La presente dichiarazione, dopo essere stata letta, viene insieme a me sottoscritta dal/la dichiarante.

**Il/la dichiarante**

**il Direttore Sanitario (o suo delegato)**



Si trasmette all'Ufficiale dello Stato Civile del Comune di \_\_\_\_\_

Per la trascrizione sui registri di stato civile.

Si resta in attesa di comunicazione dell'avvenuta trascrizione.

**il Direttore Sanitario (o suo delegato)**

REGIONE DELL'UMBRIA  
 AZIENDA U.S.L. UMBRIA N.2  
 PRESIDIO OSPEDALIERO DI SPOLETO  
 Via Loreto, 3 06049 SPOLETO (PG)  
 Tel. 0743/210269 fax 0743/210374

ATTO NUMERO \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_  
 NOME \_\_\_\_\_  
 SESSO \_\_\_\_\_

**ATTO DI DICHIARAZIONE DI NASCITA**

L'anno ..... addì ..... del mese di .....  
 alle ore ..... e minuti ..... presso l'Ospedale S. Matteo degli  
 Infermi (Via Loreto 3), sito nel Comune di Spoleto prov. Perugia.

\_\_\_\_\_ Direttore Sanitario

Innanzi al sottoscritto \_\_\_\_\_

Addetta alla Direzione Sanitaria, a ciò espressamente autorizzata dal Direttore Sanitario con delega conservata in atti

è comparso/a \_\_\_\_\_

nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

il/la quale, nella sua veste di ..... dichiara quanto segue:

il giorno \_\_\_\_\_ del mese di \_\_\_\_\_ dell'anno \_\_\_\_\_

alle ore \_\_\_\_\_ e minuti \_\_\_\_\_ in questo centro di nascita è nato un

bambino di sesso \_\_\_\_\_ al quale viene dato il nome di \_\_\_\_\_

Detto bambino, la cui nascita è comprovata dall'allegata "attestazione di nascita", è nato dalla Sig.ra

\_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

cittadina \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

coniugata con il Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

provincia di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ cittadino \_\_\_\_\_

Il bambino medesimo è gemello con altro al quale si riferisce il <sup>Sequente</sup> precedente \_\_\_\_\_ atto n. \_\_\_\_\_

ed è il \_\_\_\_\_ nato, come attestato dal/la dichiarante \_\_\_\_\_

Per i casi che ricorre, a norma dell'art. 36 della L. 31.5.1995 n. 218, il dichiarante afferma che,  
 giusta le leggi del proprio Stato, il cognome del/la bambin \_\_\_\_\_ è \_\_\_\_\_

Il/la dichiarante afferma che è intervenuto accordo con l'altro genitore affinché il presente atto  
 venga rimesso, ai fini della trascrizione al Comune di residenza d \_\_\_\_\_

La presente dichiarazione, dopo essere stata letta, viene insieme a me sottoscritta dal/la dichiarante.

**Il/la dichiarante****Il Direttore Sanitario (o suo delegato)**

Si trasmette all'Ufficiale dello Stato Civile del Comune di \_\_\_\_\_

Per la trascrizione sui registri di stato civile.

Si resta in attesa di comunicazione dell'avvenuta trascrizione.

**il Direttore Sanitario (o suo delegato)**



13

Modello B ( Rev 01 del 12.06.13)

**(NASCITE DI FIGLI RICONOSCIUTI DALLA SOLA MADRE)**

**REGIONE DELL'UMBRIA**  
**AZIENDA U.S.L.UMBRIA n. 2**  
**PRESIDIO OSPEDALIERO DI SPOLETO**  
Via Loreto, 3 06049 SPOLETO (PG)  
Tel. 0743/210269 - fax 0743/210374

ATTO NUMERO \_\_\_\_\_  
COGNOME \_\_\_\_\_  
NOME \_\_\_\_\_  
SESSO \_\_\_\_\_

## ATTO DI DICHIARAZIONE DI NASCITA

L'anno \_\_\_\_\_ addì \_\_\_\_\_ del mese di \_\_\_\_\_  
alle ore \_\_\_\_\_ e minuti \_\_\_\_\_ presso l'Ospedale S. Matteo degli  
Infermi (Via Loreto 3), sito nel Comune di Spoleto prov. Perugia.

\_\_\_\_\_ Direttore Sanitario

Innanzitutto sottoscritto \_\_\_\_\_

Addetto alla direzione sanitaria, a ciò espressamente autorizzato dal direttore sanitario con delega conservata in atti

è comparsa la Sig.ra \_\_\_\_\_  
nata in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
cittadina \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
la quale, nella sua veste di madre dichiara quanto segue:  
il giorno \_\_\_\_\_ del mese di \_\_\_\_\_ dell'anno \_\_\_\_\_  
alle ore \_\_\_\_\_ e minuti \_\_\_\_\_ in questo centro di nascita è nato  
un bambino di sesso \_\_\_\_\_ al quale viene dato il nome di \_\_\_\_\_

Detto bambino, la cui nascita è comprovata dall'allegata "attestazione di nascita", è nato dall'unione di essa dichiarante con un uomo non parente né affine con lei nei gradi che ostano al riconoscimento ai sensi dell'art. 251 c.c.

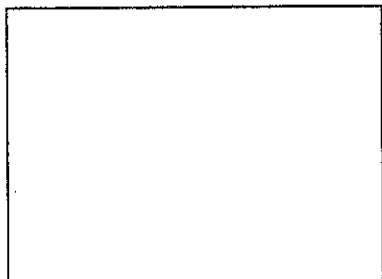
Per i casi che ricorre, a norma dell'art. 36 della L. 31.5.1995 n. 218, la dichiarante afferma che, giusta le leggi del proprio Stato, il cognome del/la bambino è \_\_\_\_\_

La dichiarante afferma di voler rimettere il presente atto, ai fini della trascrizione, al proprio Comune di residenza.

La presente dichiarazione, dopo essere stata letta, viene insieme a me sottoscritta dalla dichiarante.

\_\_\_\_\_  
**La dichiarante**

\_\_\_\_\_  
**il Direttore Sanitario (o suo delegato)**



Si trasmette all'Ufficiale dello Stato Civile del Comune di \_\_\_\_\_

Per la trascrizione sui registri di stato civile.

Si resta in attesa di comunicazione dell'avvenuta trascrizione.

\_\_\_\_\_  
**il Direttore Sanitario (o suo delegato)**