

|   |  |                                     |
|---|--|-------------------------------------|
|  | <b>Richiesta Certificato di Ricovero</b> | MOD-DG<br>Rev. 00<br>Del 29/01/2016 |
|   | <b>DIREZIONE GENERALE</b>                |                                     |

Alla Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero di \_\_\_\_\_

**Io sottoscritto/a**

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

Nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ E-mail /facoltativo) \_\_\_\_\_

**Dichiaro di essere** (barrare una casella, scrivere le informazioni richieste):

☐ Diretto interessato

- ☐ Genitore di minore (con potestà legale)\*\*
- ☐ Delegato\*
- ☐ Tutore/ amministrativo di sostegno\*\*
- ☐ Erede legittimo\*\*
- ☐ Esercitante la rappresentanza legale\*\*
- ☐ Altro\*\*

Di

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

Nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

\*copia di un valido documento d'identità (**delegante e delegato**) e **delega**

\*\* copia di un valido documento d'identità e dichiarazione sostitutiva atto di notorietà (autocertificazione) attestante il proprio diritto

**Chiedo l'attestato/certificato di ricovero**

- ☐ Con diagnosi
- ☐ Senza diagnosi
- ☐ Per i seguenti motivi \_\_\_\_\_

Relativo al ricovero c/o reparto \_\_\_\_\_

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Scelgo di**

- ☐ Ritirare l'attestato/certificato di ricovero di persona
- ☐ Fare ritirare il certificato ad una persona delegata (munita di copia di un valido documento d'identità di delegante e delegato e delega)
- ☐ Autorizzare codesta Azienda a trasmettere il documento, a mezzo contrassegno a spese a carico, al seguente indirizzo:

(specificare solo se diverso da quello indicato)

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

Via \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

**Sono consapevole che**

Le false dichiarazioni, la falsità negli atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 Testo unico sulla documentazione amministrativa).

Data \_\_\_\_\_ Firma (per esteso leggibile) \_\_\_\_\_

**Spazio riservato all'Azienda USL**

Data ritiro attestato/certificato di ricovero \_\_\_\_\_

Il Richiedente (o suo delegato) per ricevuta \_\_\_\_\_

Il funzionario addetto \_\_\_\_\_

Delega per ☐ la richiesta ☐ il ritiro

***Dell'attestato/certificato di ricovero da parte di un soggetto diverso dall'interessato***

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Tipo di documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Rilasciato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ valido fino al \_\_\_\_\_

***Delega a ritirare l'attestato/certificato di ricovero***

Il/la Sig \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Al quale affida un proprio documento di identità

Firma del delegante \_\_\_\_\_

*La delega di cui sopra esonera l'USL da ogni responsabilità conseguente alla conoscenza di fatti sanitari del richiedente in ottemperanza a quanto stabilito dal D. LGS. N. 196 del 30/06/03 con riferimento ai dati sensibili.*

Firma del funzionario addetto \_\_\_\_\_

Firma del delegato \_\_\_\_\_