

**Casa di Cura “CITTA’ DI APRILIA”**

**Modulo di Richiesta Referto o Cartella Clinica di paziente deceduto**

Il sottoscritto/a .....

Nato/a a ..... provincia .....

il ..... Numero di Carta d’identità .....

**Chiede, in qualità di .....,**

(erede legittimo o testamentario)

**di poter ritirare copia della seguente documentazione clinica**

(referto, cartella clinica) .....

Relativa al paziente deceduto (nome e cognome)

.....

Ricoverato presso questa Casa di Cura in data ...../...../.....

Nel Reparto di .....

Il sottoscritto /a è consapevole del fatto che, nel caso vengano riscontrate dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 26, l. n. 15/68; art. 6, commi 2 e 3, DPR n. 403/98).

Aprilia, ...../ ...../.....

Firma leggibile .....