



**FONDAZIONE OSPEDALE GIUSEPPE ARAGONA  
ISTITUTO GERIATRICO E RIABILITATIVO - ONLUS**

Viale Grasselli Barni 47, 26037 San Giovanni in Croce – Cremona  
Tel. 0375/310438 Fax 0375/310053 - C.F./P.I. 00296100191

www.ospedalearagona.org - direzionegenerale@ospedalearagona.org  
direzionegenerale@pec.ospedalearagona.org direzionesanitaria@pec.ospedalearagona.org

MPSAN7.01  
Rev0

**RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA  
da parte di un EREDE**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ data e luogo di nascita: \_\_\_\_\_

Residenza: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

**Chiede copia della/e cartella/e cliniche dei ricoveri sotto elencati**

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

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

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

relativo al/alla Sig./ra \_\_\_\_\_

deceduto/a in data \_\_\_\_\_

**Per uso:**  medico;  assicurativo;  legale;  personale;  altro uso consentito dalla legge

**Delego al ritiro il/la sig./ra** \_\_\_\_\_

(grado di parentela) \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

Il sottoscritto ai sensi del GDPR 2016/679 (Regolamento Generale per la protezione dei dati personali) acconsente che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Firma del Richiedete

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Allegati:**

**Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente**

**Fotocopia del documento di riconoscimento del/la delegato/a**

**Autocertificazione erede**

Vista la richiesta e gli eventuali allegati, si autorizza il rilascio della documentazione di cui sopra

La Direzione Sanitaria

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_