

**DIPAERTIMENTO DI MEDICINA VETERINARIA**

SERVIZIO AMMINISTRATIVO CONTABILE E GESTIONE O.V.U.D.

*Direttore: Prof. Lucio Petrizzi*

**TALE RICHIESTA PUO’ ESSERE PRESENTATA SOLO PREVIO PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI VETERINARIE RESE ALL’ANIMALE PAZIENTE**

***RICHIESTA DI CARTELLA CLINICA***

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_, in qualità di proprietario/a del cane  gatto 

cavallo  altro  specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ maschio  femmina  età \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

microchip/tatuaggio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

⁭ ricoverato presso la l’Ospedale Veterinario Universitario Didattico

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_⁭ sottoposto a visita in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RICHIEDE**

copia della cartella clinica relativa alle prestazioni veterinarie effettuate.

Teramo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 IL PROPRIETARIO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL MEDICO VETERINARIO RESPONSABILE

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DELEGA AL RITIRO DELLA CARTELLA CLINICA IL/LA SIG./RA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Allega fotocopia del proprio documento di identità/riconoscimento.**

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**N.B.: La persona delegata si deve presentare con un documento di identità/riconoscimento in corso di validità.**

*---------(parte riservata all’Ufficio)----------------------------------------------------------------------------------------------*

Delegato identificato:

* mediante fotocopia del documento di identità/riconoscimento che si allega.
* mediante trascrizione dei dati dal documento di identità/riconoscimento:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_rilasciato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

l’impiegato/a addetto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(luogo, data) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMATIVA D.lgs n.196/2003**: si informa che, ai sensi dell'art.13 del decreto legislativo n.196/2003, i dati personali raccolti saranno trattati,

anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale questa dichiarazione viene resa.