



CASA DI CURA SANT'ANNA

CHIRURGIA GENERALE - GERIATRIA - GINECOLOGIA - LUNGODEGENZA - MEDICINA INTERNA
OCULISTICA - OTORINOLARINGOIATRIA - RIABILITAZIONE

MODULO RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

Intestatario della cartella:

Cognome _____ Nome _____

Nat_ a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____ n° _____

n° telefono _____ [e-m@il](#) _____

Richiedente (solo se l'Intestatario della cartella non è in grado di firmare autonomamente e/o è rappresentato da Amministratore di sostegno/Tutore legale):

Cognome _____ Nome _____

Nat_ a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____ n° _____

n° telefono _____ [e-m@il](#) _____

Consapevole delle responsabilità previste dall'art.76 del d.p.r. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA DI ESSERE

- ⤴ Genitore esercente la patria potestà;
- ⤴ Tutore*;
- ⤴ Curatore*;
- ⤴ Amministratore di sostegno*;
- ⤴ Erede (che agisce in nome e per conto degli altri coeredi).
- ⤴ Altro _____ (specificare titolo)

*Allegare provvedimento di nomina da parte del Giudice Tutelare del Tribunale.

CHIEDE

Copia Cartella Clinica: n° copie _____ Reparto _____ Altra documentazione _____

Periodo di ricovero dal _____ al _____

La Copia di Cartella viene richiesta per motivi:*

* **il presente campo deve essere obbligatoriamente compilato qualora la richiesta provenga da un soggetto diverso dall'intestatario che non ricopra una delle segnalate qualità.**

Modalità di ritiro e pagamento:

Si prega di **telefonare** allo 070/497151 chiedendo della Segreteria Amministrativa dal lunedì al giovedì dalle ore 11.00 alle ore 12.00 per poter **firmare la data del ritiro della suddetta**.

In caso di ritiro da parte di persona diversa dall'intestatario occorre presentare **delega e documento di identità** del delegante e del delegato; in caso di ritiro da parte di tutore legale/amministratore di sostegno occorre presentare la relativa documentazione in fotocopia; in caso il paziente sia deceduto e il ritiro avvenga da parte di erede legittimo si prega di chiedere presso l'Ufficio Amministrativo la documentazione necessaria.

Il **costo della cartella clinica è di € 30,00 e può variare** a seconda di altra documentazione aggiunta e/o spedizione postale (rivolgersi alla Segreteria Amministrativa per ulteriori chiarimenti).

N.B. Qualora entro 60 giorni dalla data della richiesta l'utente non dovesse ritirare la documentazione, la domanda verrà automaticamente annullata e sarà necessario presentarne una nuova.

NOTE: Legge, 08/03/2017 n°24, G.U. 17/03/2017

Servizio postale **su richiesta** (specificare indirizzo e tipologia di spedizione): Posta Ordinaria ♦ Raccomandata ♦

⤴ indirizzo dell'intestatario.

⤴ indirizzo del richiedente.

⤴ altro indirizzo: _____.

Il Sottoscritto ai sensi del Regolamento UE n°679/2016 del 25/05/2018 "relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)" acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Data _____

Firma autografa _____

(allegare copia documento di identità)



CASA DI CURA SANT'ANNA

CHIRURGIA GENERALE - GERIATRIA - GINECOLOGIA - LUNGODEGENZA - MEDICINA INTERNA
OCULISTICA - OTORINOLARINGOIATRIA - RIABILITAZIONE

Campo da sottoscrivere **solo al momento della consegna** della copia di Cartella:

TIMBRO

Per ricevuta

Data: _____

Firma: _____

Fogli integrativi n° _____

Per ricevuta

Data: _____

Firma: _____