



RICHIESTA DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

Cognome

Nome

Data e luogo di nascita

Indirizzo

N° tel.

Unità Funzionale di Ricovero

Data di ricovero

Data di dimissione

Tariffa rilascio copia cartella clinica:

- URGENTE (entro 7 gg con documentazione disponibile) euro 32 iva compresa;
 ORDINARIA (entro 30 gg) euro 22 iva compresa;

Richiesta di spedizione a mezzo raccomandata
A/R presso l'indirizzo su indicato

si
 no

Tariffa spedizione: euro

DATA:

FIRMA:

Il sottoscritto, esprimendo il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della Legge Ue 2016/679 e s.m.i.,

DELEGA

Il sig., nella qualità di

a ritirare la copia della propria cartella clinica esonerando l'amministrazione da ogni responsabilità penale e civile per la divulgazione di notizie di carattere sanitario e personale

Data

Firma del delegante

RITIRO COPIA CARTELLA CLINICA

Per ricevuta:

Data

Firma

Il documento richiesto potrà essere ritirato esclusivamente esibendo questa richiesta compilata in tutte le sue parti:

- 1) dall'intestatario munito di documento di identità;
- 2) da altra persona delegata munita di proprio documento di identità, di delega scritta e documento di identità dell'intestatario.

RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE

- Fattura emessa n. del
- Cartella Clinica prot. n° /
- Fotocopiata in data:
- Documento di identità: n°:

Firma