



RITIRO COPIA CARTELLA CLINICA

Il/La Sig./Sig.ra _____

Può ritirare la fotocopia della Cartella Clinica presso l'Ufficio Accettazione Ricoveri (c/o Sportelli CUP –Lettera ET) dalle ore dalle ore 10.30 alle ore 15.00 dal lunedì al venerdì - sabato chiuso. L'Ufficio Accettazione Ricoveri comunicherà, telefonicamente o tramite e-mail ai recapiti indicati, quando la copia della cartella sarà pronta per il ritiro.

Il richiedente: HA GIÀ PAGATO DEVE PAGARE AL RITIRO

Modalità per ritiro della documentazione clinica

Ritiro da parte dell'interessato:

Presentarsi presso l'Ufficio Accettazione Ricovero muniti di documento di identità valido. Copia del Suo documento di identità verrà trattenuto all'Ufficio Accettazione Ricoveri.

Per il ritiro è necessario avere con sé un documento di identità valido.

Ritiro da parte di altra persona munita di delegata:

L'intestatario della documentazione clinica deve compilare la delega sotto riportata. Per il ritiro della Cartella Clinica, il delegato dovrà presentarsi con la propria Carta di Identità e con una fotocopia della carta di identità dell'intestatario della cartella clinica.

Per il ritiro è necessario che il delegato abbia con sé un documento di identità valido e la fotocopia del documento di identità dell'intestatario della Cartella Clinica.

DELEGA per il RITIRO

Il/La Sottoscritto/a _____ Carta di identità N° _____ (allegare foto copia)

DELEGA il Sig./la Sig.ra _____ Carta di identità N° _____ (allegare fotocopia)

a ritirare la copia della Cartella Clinica richiesta.

I dati personali del delegato verranno trattati dall'Istituto in accordo col decreto legislativo 196/2003, Codice sulla Privacy e solo allo scopo di gestire la delega.

Data _____

Firma _____

FIRMA DI CHI RITIRA LA DOCUMENTAZIONE di persona

Come: intestatario delegato

genitore/tutore/curatore erede legittimo

ritiro in data odierna la documentazione sanitaria richiesta.

I dati personali del delegato verranno trattati dall'Istituto in accordo col decreto legislativo 196/2003, Codice sulla Privacy e solo allo scopo di gestire la delega.

Data _____

Firma di chi ritira _____

Riservato all'Ufficio Accettazione Ricoveri

In data _____ ho consegnato la documentazione richiesta:

all'intestatario di cui ho verificato l'identità al delegato di cui ho verificato l'identità

Altro: _____

Data _____

Firma dell'incaricato _____