

DIREZIONE SANITARIA	 Istituto Clinico Villa Aprica Gruppo San Donato	CODICE	M-DS-003
		REVISIONE MODULO	REV 08
		IN Data	21/06/2023

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA data il __/__/__

La richiesta deve essere corredata da copia di un documento d'identità dell'avente diritto e va consegnata allo sportello dell'ufficio cassa. Può essere inviata per posta elettronica all'indirizzo drg.icva@grupposandonato.it per spedizioni con raccomandata con ricevuta di ritorno.

Io sottoscritto/a

Nato/a il __/__/____ a

Residente a

Numero di telefono (per comunicazioni) Documento d'identità

In qualità di:

Intestatario

Dichiarazione sostitutiva ex art. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000. Dichiaro sotto la mia responsabilità di essere a conoscenza del fatto che chi sottoscrive dichiarazioni mendaci o false o dati non più rispondenti al vero soggiace a sanzione penale (art. 76 DPR 445/2000) e di essere:

- Genitore
 Tutore
 Curatore
 Amministratore di sostegno
Allego documento attestante i poteri attribuiti all'amministratore sulla salute e cura del paziente

Del/la (nome e cognome della persona affidata)

Nato/a il __/__/____ a

Dichiarazione sostitutiva ex art. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000. Dichiaro sotto la mia responsabilità di essere a conoscenza del fatto che chi sottoscrive dichiarazioni mendaci o false o dati non più rispondenti al vero soggiace a sanzione penale (art. 76 DPR 445/2000) e di essere:

- Erede testamentario
 Erede legittimo (grado di parentela)
 Persona avente interesse proprio ai sensi del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, art. 92 comma 2
Allego motivazione documentata

Del/la (nome e cognome della persona affidata)

Nato/a il __/__/____ a

CHIEDO:

Copia conforme della cartella clinica

Delle seguenti Cartelle Cliniche

Ricovero dal __/__/____ al __/__/____ presso il reparto di

Ricovero dal __/__/____ al __/__/____ presso il reparto di

Ricovero dal __/__/____ al __/__/____ presso il reparto di

Nel seguente formato: Cartaceo

Modalità di consegna:

- Ritiro allo sportello con pagamento anticipato di 32,00 € all'atto della richiesta
 Spedizione per posta raccomandata della cartella clinica € 40,00, senza che ciò comporti alcuna responsabilità dell'Istituto Clinico Villa Aprica, in caso di smarrimento, al seguente indirizzo:

Città PROV.CAPVIA.....

Riservato allo Sportello dell'Ufficio Cassa NUMERI CARTELLE CLINICHE RICHIESTE N°

RITIRO COPIA CARTELLA CLINICA

Paziente interessato Sig./ra

Richiedente (se diverso dal paziente interessato)

.....

Il ritiro della copia della cartella clinica è subordinato al ricevimento di un SMS di avviso all'interessato e può essere ritirata presso lo sportello della portineria dal lunedì al venerdì dalle ore 14.00 alle ore 20.00

Presentarsi con un documento di identità.

DELEGA PER IL RITIRO DELLA COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

Io sottoscritto/a.....

Nato il ___/___/___ a

Residente a

DELEGO

Il Sig./ra (*nome cognome in stampatello*).....

A ritirare la copia della cartella clinica da me richiesta.

Allegare i seguenti documenti:

- Copia del documento d'identità del richiedente
- Documento d'identità del delegato al ritiro

Data ___/___/___

Firma

FIRMA AL RITIRO

Nome cognome di chi ritira

In caso di delega, il delegato acconsente al trattamento dei propri dati personali da parte dell'Istituto, in conformità con il decreto legislativo 196/2003 e s.m.i., Codice sulla Privacy – al solo fine di gestire la presente pratica.

Data: ___/___/___

Firma.....

Per informazioni e comunicazioni, telefonare all'ufficio cartelle cliniche, al numero **031 579505**, dal lunedì al venerdì, dalle ore 8.00 alle ore 14.30.