



**RICHIESTA CARTELLA AMBULATORIALE N° .....**

Io Sottoscritto/a .....

Nato/a a ..... il .....

Residente a ..... Prov. .... Cap. ....

In ..... Tel. ....

**CHIEDO COPIA DELLA CARTELLA AMBULATORIALE**

Che **ritiro personalmente**, relativa all'intervento ambulatoriale del .....

Il costo di una copia di cartella è di **10,00 €** da pagare direttamente alla Cassa Ambulatoriale (Ufficio nr°4 – piano rialzato).

**IN CASO DI DELEGA**

Delego per il ritiro della cartella il/la Sig./ra .....

Documento Identità: Tipo ..... nr° ..... Data rilascio .....

Firma del Paziente .....

**ESIBIRE IL PROPRIO DOCUMENTO D'IDENTITÀ VALIDO E QUELLO DEL PAZIENTE**

*(quest'ultimo anche in copia).*

**IN CASO DI SPEDIZIONE**

Desidero che mi venga spedita copia di cartella ambulatoriale e autorizzo la Casa di Cura "Madre Fortunata Toniolo" ad inviarmela al seguente indirizzo:

Cognome e nome .....

Via ..... nr ..... CAP ..... Comune .....

**pagando anticipatamente** le spese all'Ufficio 4 -Cassa Ambulatoriale- , la spesa di:

**16,90 €** per l'invio a mezzo Raccomandata;

oppure

a mezzo **raccomandata** con spese a mio carico al costo di **10,00€** +spese di spedizione

**DA COMPILARE SE:**

*Esercente la legale potestà*

*Tutore*

*Amministratore*

Il sottoscritto/a .....

nato/a a ..... il .....

residente a ..... Via/Piazza ..... CAP .....

Doc.to di identificazione ..... nr° ..... rilasciato il .....

Firma .....

Bologna lì .....

Firma .....