



Apertura ufficio: dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 12.00

DATI DEL DECEDUTO

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ Prov. _____ Cap. _____

In via _____ n° _____ tel _____

Ricoverato dal _____ al _____

Data della richiesta _____

Documenti da allegare alla seguente richiesta:

- **Certificato di morte del defunto** (*da richiedersi in Comune, ufficio anagrafe*)
- **Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà** (*da richiedersi in Comune, ufficio anagrafe*) *in carta resa legale con marca da bollo di € 16,00*) dalla quale risulti il grado di parentela del richiedente e la qualità di erede. Nel caso in cui fra gli eredi vi sia un minore, la firma dovrà essere apposta dall'esercente la potestà genitoriale, che dovrà specificare la propria qualifica (*es. Mario Rossi per conto del figlio/a minore Andrea Rossi*);

DATI DEL RICHIEDENTE

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ Prov. _____ Cap. _____

In via _____ n° _____ tel _____

e-mail _____ altro recapito telefonico _____

Doc.to di identità _____ n° _____ rilasciato il _____

Firma del richiedente (leggibile) _____

Segue retro

Costi cartella clinica con pagamento al momento della richiesta

- Euro 18,00 comprensivi di iva per ritiro (*contanti*)
- Euro 25,00 con spedizione in raccomandata (*contanti*)

Per la spedizione in contrassegno Euro 18,00 comprensivi di iva + spese di spedizione

Per informazioni telefono: 051.62.22.520 dalle ore 8.30 alle 12.00

La copia della cartella clinica può essere richiesta:

- **direttamente:** presso l'Ufficio Cartelle Cliniche N° 3, piano rialzato
- **tramite e-mail :** cartelle@casacuratoriolo.it
- **tramite fax :** Ufficio Cartelle Cliniche n° Fax 051/62.22.558

**CON LA DOCUMENTAZIONE PRESENTARE DOCUMENTO
D'IDENTITA' VALIDO DEL RICHIEDENTE**

MODALITA' DI RITIRO:

- Ritirerò personalmente
 - Chiedo che venga ritirata dal Sig./Sig.ra (delegato) _____
- Doc.to di identificazione _____ n° _____ rilasciato il _____
- Firma del delegante _____

**AL MOMENTO DEL RITIRO PRESENTARE DELEGA SCRITTA PER INTERO
CON DOCUMENTO D' IDENTITÀ VALIDO PROPRIO E DEL DELEGANTE**

- Chiedo che mi venga spedita a mezzo raccomandata al seguente indirizzo:

c/o _____

Via _____ n° _____

Cap. _____ Città _____ Prov. _____

**La copia della cartella clinica sarà disponibile a 1 mese dalla richiesta
e da ritirare entro 90 giorni, previa telefonata.
Successivamente verrà eliminata**

Firma di consegna _____ Data _____