



**Apertura ufficio: il lunedì dalle 08:00 alle 12:30 e dalle 15:00 alle 17:00,  
dal martedì al venerdì dalle 8:00 alle 12:30 - il sabato dalle 8:00 alle 12:00**

**RICHIESTA CARTELLA CLINICA N° \_\_\_\_\_**

Io Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Doc.to di identità \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_

Ricoverato dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Data della richiesta \_\_\_\_\_

Firma del paziente \_\_\_\_\_

**AL MOMENTO DELLA RICHIESTA E DEL RITIRO  
PRESENTARE DOCUMENTO DI IDENTITÀ VALIDO**

**La copia della cartella clinica può essere richiesta:**

- **direttamente:** presso l'Ufficio Cartelle Cliniche N° 3, piano rialzato
- **tramite lettera indirizzata a :** Casa di Cura Madre Fortunata Toniolo - Ufficio Cartelle Cliniche, via Toscana n° 34 - 40141 Bologna - Bo
- **tramite fax :** Ufficio Cartelle Cliniche n° Fax 051/62.22.558 - Tel. 051/6222111

**COSTI CARTELLA CLINICA:**

- **Euro 17** comprensivi di iva per ritiro
- **Euro 17 +** spese spedizione raccomandata

Il pagamento della cartella, in caso di spedizione verrà effettuato in contrassegno al ritiro della medesima

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 DELEGANTE**

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

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

c/o (indicare nominativo se azienda) \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Cap. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Data di consegna \_\_\_\_\_

**La copia della cartella clinica sarà disponibile a 1 mese dalla richiesta  
e dovrà essere ritirata entro 90 giorni, previa telefonata**

**DA COMPILARE SOLO SE:**

Esercente la legale potestà

Tutore

Amministratore

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_

Doc.to di identificazione \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Per ulteriori informazioni tel. 051/6222111**