



**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° _____

DATI DEL DECEDUTO

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ Prov. _____ Cap. _____

In via _____ n° _____ tel _____

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

Ricoverato dal _____ al _____

Data della richiesta _____

Documenti da allegare alla seguente richiesta:

- Certificato di morte del defunto (da richiedersi in Comune)
- Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (da richiedersi in Comune, in carta resa legale con marca da bollo di € 14,62) dalla quale risulti il grado di parentela del richiedente e/o 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 _____

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

Firma del richiedente (leggibile) _____

COSTI CARTELLA CLINICA

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

La documentazione può essere richiesta e/o inoltrata:

- **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. 051/62.22.111

**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 dovrà essere ritirata entro 90 giorni, previa telefonata**

Firma consegna _____ Data _____