



## RICHIESTA CARTELLA CLINICA

N° \_\_\_\_\_  
IL SEGUENTE DATO SARA' RIPORTATO DALL'UFFICIO

Rev. 14  
Pag. 1 di 2

Agosto'24  
I/Mod./U. Cart./Mod. Rich.

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

AD ORARI DI CHIUSURA INSERIRE IL MODULO NELL'APPOSITA CASSETTA C/O L'UFFICIO CARTELLE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

Doc.to di identità: Tipo \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ data del rilascio \_\_\_\_\_

Ricoverato/a dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Data della richiesta \_\_\_\_\_

**Tramite PEC** (*posta certificata, personale e non aziendale*) Euro **9,00** (iva compresa)

Indirizzo \_\_\_\_\_

Intestato a Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

**Ritiro personalmente** Euro **17,00** (iva compresa)

**Delego il/la Sig./Sig.ra** Euro **17,00** (iva compresa) \_\_\_\_\_

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

Firma del/la paziente per delega \_\_\_\_\_

*Per rendere valida la delega è necessario che sia compilata, firmata e accompagnata dai seguenti documenti: documento di identità valido della persona delegata e documento di identità valido (o una sua copia) della persona delegante*

**Richiedo la spedizione:** *posta raccomandata - Euro 24,00 (iva compresa)*

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

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

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

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

*Il pagamento della cartella clinica potrà essere effettuato in contanti al momento della richiesta, o successivamente tramite bonifico bancario.*

*Gli estremi per il pagamentno saranno inviati direttamente dall'ufficio cartelle*

Data della richiesta \_\_\_\_\_ Firma del/la paziente \_\_\_\_\_

Nel caso in cui il paziente sia un minore o sia sottoposto a tutela, curatela o amministratore di sostegno, COMPILARE QUANTO SEGUE:

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

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

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

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

Nella sua qualità di:  Esercente la potestà genitoriale  Tutore  Curatore  Amministratore

Firma \_\_\_\_\_

### **Modalità di richiesta:**

Rivolgendosi di persona presso l'ufficio

Tramite e-mail: [cartelle@casacuratoriolo.it](mailto:cartelle@casacuratoriolo.it)

Allegare la fotocopia di un documento in corso di validità

Tramite fax al numero 051.62.22.558

Allegare la fotocopia di un documento in corso di validità

Non sarà possibile richiedere copia della documentazione clinica telefonicamente.

### **Modalità di ritiro:**

Presso l'ufficio cartelle, accertandosi prima telefonicamente che la copia della documentazione sia pronta oppure richiedendone la spedizione, che avverrà **solo** con posta Raccomandata.

Per gli invii tramite raccomandata potrà essere richiesto il contrassegno (solo Italia)

**La copia della cartella clinica è disponibile ad un mese dalla richiesta del PAZIENTE DIMESSO, e può essere ritirata entro 90 giorni previa telefonata. Oltre questo termine sarà archiviata ed eliminata entro un anno.**

Ritirata il \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Per informazioni telefono: 051.62.22.520 dalle ore 8.30 alle 12.00