



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).

Nel caso in cui l'erede non sia erede testamentario, ma sia soggetto successibile ex art. 565 c.c. , dovrà qualificare l'interesse proprio ad accedere agli atti....

.....
.....
.....

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) _____

In formato digitale (solo tramite posta certificata, personale e non aziendale), e-mail ordinaria non valida

Indirizzo PEC _____

Intestato a Cognome _____ Nome _____

pagamento alla richiesta (SOLO CONTANTI) - Euro **9,00** (iva compresa)

Ritiro personalmente pagamento alla richiesta (SOLO CONTANTI) - Euro **17,00** (iva compresa)

Delego il/la Sig./Sig.ra _____

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

Firma del/la paziente per delega _____

pagamento alla richiesta (SOLO CONTANTI) - Euro **17,00** (iva compresa)

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, pagamento alla richiesta (SOLO CONTANTI) - Euro **24,00** (iva compresa)

Cognome _____ Nome _____

c/o (indicare nominativo se azienda) _____

Via _____ n° _____

Cap. _____ Città _____ Prov. _____

La copia della cartella clinica potrà essere richiesta:

- Rivolgendosi di persona presso l'ufficio
- Tramite e-mail: 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.

L'utente che richiede tramite mail/fax o lettera, l'invio della documentazione al proprio domicilio o via PEC, riceverà mediante e-mail gli estremi bancari per potere effettuare il pagamento con bonifico.

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