



Casa di Cura
Madre Fortunata
Toniolo

MODULO

RICHIESTA CARTELLA CLINICA

N° _____
IL SEGUENTE DATO SARA' RIPORTATO DALL'UFFICIO

P. RIC. - 01

Rev. 5
Pag. 1 di 2

INTERNET
Maggio '20
I/Mod./U. Cart./Mod. Rich.

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

Cognome _____ Nome _____ Nato a _____

Il _____ Residente a _____ Prov _____

in via _____ n° _____ Cap _____

e-mail _____ altro recapito telefonico _____

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

Ricoverato dal _____ al _____ Data della richiesta _____

Firma del paziente _____

Ritirerò personalmente *pagamento alla richiesta (contanti) - Euro 18,00 (iva compresa)*

Formato digitale (PDF) inviato tramite posta certificata *(personale e non aziendale)*

All'indirizzo PEC _____

Intestato a Cognome _____ Nome _____

pagamento alla richiesta (contanti) - Euro 18,00 (iva compresa)

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*

Delego il/la Sig./Sig.ra _____

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

Firma del paziente per delega _____

In assenza di delega completa e documenti non sarà possibile effettuare il ritiro

Chiedo mi venga spedita *posta raccomandata pagamento alla richiesta (contanti) - Euro 25,00 (iva compresa)*

Cognome _____ Nome _____

c/o (indicare nominativo se azienda) _____

Via _____ n° _____

Cap. _____ Città _____ Prov. _____

DA COMPILARE SE: Esercente la legale potestà Tutore Amministratore

Il sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via/Piazza _____ CAP _____

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

Firma _____

Modalità di richiesta:

Non è possibile richiedere copia della documentazione clinica telefonicamente.
La richiesta di copia di Cartella clinica potrà essere fatta nelle seguenti modalità:

- Rivolgendosi di persona presso l'ufficio
- Tramite fax al numero 051.62.22.558
- Tramite e-mail: cartelle@casacuratonio.it

Attenzione:

Nel caso di trasmissione via fax, mezzo posta affrancata oppure e-mail, occorre firmare la richiesta ed allegare la fotocopia di un documento valido.

Nel caso di minore, il genitore deve dichiarare la patria potestà (*utilizzando l'area dedicata sul modulo*), indicando i propri dati e allegando copia del proprio documento.

Modalità di ritiro:

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

La documentazione clinica potrà essere ritirata esclusivamente:

1. dalla persona interessata (con l'obbligo di esibire un documento d'identità valido)
2. da una persona delegata per iscritto con l'obbligo di esibire un proprio documento d'identità valido e del paziente, o una sua copia.

In caso di richiesta inviata per fax , o e-mail, pagamento in contrassegno (solo per l'italia) Euro 18,00 comprensivi di iva + spese di spedizione

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

Firma per ricevuta _____

Data di consegna _____

Per informazioni: 051.62.22.520 dalle ore 8.30 alle 12.00 dal lunedì al venerdì