



RICHIESTA CARTELLA CLINICA

COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE

N°

IL SEGUENTE DATO SARÀ RIPORTATO DALL'UFFICIO

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

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 _____

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

Gli estremi per il pagamento saranno inviati direttamente dall'ufficio cartelle

Tramite PEC (posta certificata, personale e non aziendale, no email) **Euro 9,00 (iva compresa)**

Indirizzo _____

Intestato a Cognome _____ Nome _____

Ritiro personalmente **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. _____

Data della richiesta _____ Firma del/la paziente _____

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

Leggere le istruzioni prima di consegnarlo 

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 _____ 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

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 (*no contrassegno*)

**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