



Casa di Cura  
Madre Fortunata  
Toniolo

MODULO

# RICHIESTA CARTELLA CLINICA

COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE

N° \_\_\_\_\_

IL SEGUENTE DATO SARA' RIPORTATO DALL'UFFICIO

P. RIC. - 01

Rev. 16  
Pag. 1 di 2

Gennaio '26  
I/Mod./U. Cart./Mod. Rich.

**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)

☐ **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. \_\_\_\_\_

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 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 (*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**