



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*);

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) _____

Costi cartella clinica con pagamento al momento della richiesta

- **Euro 18,00** comprensivi di iva per ritiro (*contanti*)
- **Euro 25,00** con spedizione in raccomandata (*contanti*)

Per la spedizione in contrassegno Euro 18,00 comprensivi di iva + spese di spedizione

La copia della cartella clinica può essere richiesta:

- **direttamente:** presso l'Ufficio Cartelle Cliniche N° 3, piano rialzato
- **tramite e-mail :** cartelle@casacuratonio.it
- **tramite fax :** Ufficio Cartelle Cliniche n° Fax 051/62.22.558

Per informazioni telefono: 051.62.22.520 dalle ore 8.30 alle 12.00

MODALITA' DI RITIRO:

- Ritirerò personalmente**
- 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)

- Chiedo che venga ritirata** dal Sig./Sig.ra (**delegato**) _____

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

Firma del delegante _____

**AL MOMENTO DEL RITIRO PRESENTARE DELEGA SCRITTA PER INTERO
CON DOCUMENTO D' IDENTITÀ VALIDO PROPRIO E DEL DELEGANTE**

- Chiedo che mi venga spedita** a mezzo raccomandata al seguente indirizzo:

c/o _____

Via _____ n° _____

Cap. _____ Città _____ Prov. _____

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

Firma di consegna _____ **Data** _____