



Casa di Cura
Madre Fortunata
Toniolo

MODULO

RICHIESTA CARTELLA CLINICA

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

P. RIC. - 01

Rev. 15
Pag. 1 di 2

settembre'25
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) 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@casacuratonio.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