



# RICHIESTA CARTELLA CLINICA

N° \_\_\_\_\_  
IL SEGUENTE DATO SARA' RIPORTATO DALL'UFFICIO

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

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

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 \_\_\_\_\_

**In formato digitale** *(solo tramite posta certificata, personale e non aziendale), e-mail ordinaria non valida*

Indirizzo PEC \_\_\_\_\_

Intestato a Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

*pagamento alla richiesta (SOLO CONTANTI) - Euro 9,00 (iva compresa)*

**Ritiro personalmente** *pagamento alla richiesta (SOLO CONTANTI) - Euro 17,00 (iva compresa)*

**Delego il/la Sig./Sig.ra** \_\_\_\_\_

Doc.to di identificazione \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_

Firma del/la paziente per delega \_\_\_\_\_

*pagamento alla richiesta (SOLO CONTANTI) - Euro 17,00 (iva compresa)*

*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, pagamento alla richiesta (SOLO CONTANTI) - 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 \_\_\_\_\_

**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.

**Per gli invii tramite raccomandata potrà essere richiesto il contrassegno (solo Italia)**

L'utente che richiede tramite mail/fax o lettera, l'invio della documentazione al proprio domicilio o via PEC, riceverà mediante e-mail gli estremi bancari per potere effettuare il pagamento con bonifico.

**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