

MODULO PER LA RICHIESTA DI COPIA DI CARTELLA CLINICA RECAPITO TELEFONICO DEL RICHIEDENTE _____

Data richiesta _____

Al Direttore Sanitario della Casa di Cura Villa Angela Srl

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ e residente a _____ in via _____

in qualità di:

☐ Diretto interessato

Oppure

☐ Tutore del minore ☐ Tutore dell'interdetto/a ☐ Amministratore di sostegno ☐ Erede

del/la paziente _____ nato/a _____

il _____ e residente a _____ in via _____

CHIEDE

Il rilascio di copia conforme della cartella clinica di ricovero relativa al periodo: _____

Allega alla presente

- in caso di richiesta da parte del Diretto interessato: copia fronte/retro del proprio documento d'identità;
- negli altri casi: copia fronte/retro del documento d'identità del/la paziente e del/la richiedente ed altra eventuale documentazione atta ad attestare l'esistenza dei propri poteri rappresentativi o Dichiarazione Sostitutiva dell'atto di Notorietà.

☐ Il richiedente dichiara sin da ora di voler ricevere la copia della cartella clinica in formato digitalizzato autorizzandone l'invio al seguente indirizzo email: _____

(data)

(Firma leggibile del richiedente)

Firma dell'incaricato alla ricezione della richiesta _____

RITIRO (parte riservata all'ufficio)

- ☐ Il richiedente ritira la copia cartacea della cartella clinica
- ☐ Il richiedente delega al ritiro della copia cartacea della cartella clinica il/la sig.re/ra _____
(allegare delega)

in data _____

FIRMA PER RITIRO

ISTRUZIONI PER IL VERSAMENTO DEI DIRITTI DI SEGRETERIA

Per la copia di Cartella Clinica relativa ai soli ricoveri convenzionati nel reparto di Lungodegenza sono dovuti euro 20,00 a titolo di spese di segreteria da versarsi mezzo bonifico bancario sull'IBAN IT25J0303203400010000007524 intestato alla Casa di Cura Villa Angela Srl.