

## RICHIESTA DI CARTELLA CLINICA

IL SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_

IN DATA \_\_\_\_\_

CHIEDE COPIA DELLA CARTELLA CLINICA RELATIVA AL RICOVERO DI

NATO/A A \_\_\_\_\_

IL \_\_\_\_\_

Il/i ricovero/i ha/nno avuto luogo:

DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ REPARTO \_\_\_\_\_ N° CARTELLA \_\_\_\_\_

DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ REPARTO \_\_\_\_\_ N° CARTELLA \_\_\_\_\_

DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ REPARTO \_\_\_\_\_ N° CARTELLA \_\_\_\_\_

Per richieste di più di tre cartelle: [ ] vedi allegato: TOTALE N° ..... CARTELLE

Essendo impossibilitati al ritiro personale, si richiede che il fascicolo di cui sopra venga spedito al seguente indirizzo:

TEL: \_\_\_\_\_

Il documento è necessario per uso: \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

Le fotocopie richieste possono essere ritirate presso la Direzione Sanitaria dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9 alle ore 13.00

### NOTE PER IL RITIRO:

**Per il ritiro della copia di una cartella clinica è necessario esibire un documento d'identità in corso di validità.**

E' necessario provvedere al pagamento anticipato delle copie di cartella clinica al momento della richiesta.

Il ritiro della copia di una cartella clinica può essere effettuato:

Dall'intestatario della cartella clinica, presentando un documento d'identità.

Da un rappresentante dell'intestatario, munito di regolare delega e di una copia del documento d'identità dell'intestatario.

Da chi esercita la patria potestà, se l'intestatario è un minore.

Da uno degli eredi, se l'intestatario della cartella clinica è deceduto.

Da un parente prossimo o da un amministratore di sostegno, muniti di certificazione medica attestante l'impossibilità del ritiro da parte del titolare della cartella clinica.

### DELEGA

IO SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

NATO/A \_\_\_\_\_

IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_

IN VIA \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_

### DELEGO

IL/LA SIG. \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_

IL \_\_\_\_\_

AL RITIRO DELLA COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE DI CUI ALLA PRESENTE RICHIESTA.

LUOGO \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL DELEGANTE \_\_\_\_\_

**PER RITIRARE LA CARTELLA CLINICA, IL DELEGATO DOVRA' MOSTRARE IL PROPRIO DOCUMENTO D'IDENTITA' ED ANCHE QUELLO DEL DELEGANTE**

DOCUMENTO DEL DELEGANTE:

N°

RILASCIATO IL

A

---

(Compilazione a cura dell'addetto che effettua la consegna della cartella)