

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

Informato ai sensi dell'art. 4 co.2 L. 24/2017 dei diritti relativi alla richiesta della documentazione medica afferente il ricovero,

Io sottoscritto/a _____ nato/a _____

il ____/____/____ residente in Via _____

con la presente chiedo il rilascio di copia della seguente documentazione relativa al mio ricovero del _____

N° cartella clinica _____,

☐ Fotocopia della documentazione medica disponibile (entro 7 giorni) (€ 30,00 in caso di spedizione postale)

☐ Fotocopia della cartella clinica (entro 30 giorni) (€ 30,00 in caso di spedizione postale)

Spedizione ☐ SI ☐ NO

Se il paziente seleziona NO, la documentazione richiesta è da ritirare gratuitamente dallo stesso o dal delegato PRESSO LA STRUTTURA nei termini sopra indicati.

Se il paziente seleziona SI: A conoscenza di quanto previsto dalla legge sulla tutela dei dati personali, (GDPR 2016/679), autorizza la Casa di Cura a spedire quanto richiesto a mezzo raccomandata postale al seguente indirizzo

Firma _____.

Delego inoltre a ritirare per mio conto la suddetta documentazione:

Il/la sig./a _____

residente in _____ (Prov. _____) in Via/Loc. _____

Firma _____.

Certificato d'identità del delegante:

N. _____ rilasciato a _____ il ____/____/____.

Certificato d'identità del delegato:

N. _____ rilasciato a _____ il ____/____/____.

N.B. Allegare sempre documenti di identità del delegante e del delegato.

Pagato con Fattura N° _____ del ____/____/____.

RISERVATO AL PERSONALE AMMINISTRATIVO: (CONTROLLO CORRISPONDENZA CON CARTELLA CLINICA)

ARCHIVIO ☐ Firma _____.

FOTOCOPIA ☐ Firma _____.

SPEDIZIONE ☐ Firma _____.