

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 _____.