

Il/La sottoscritto/a.....

 Nato/a ail

 Ricoverato dal al

CHIEDE IL RILASCIO DI COPIA DI CARTELLA CLINICA

DELEGA: Il sottoscritto autorizza il/la Sig.ra.....

 Nato/a ail.....

 Documento d'identità N..... rilasciato da

al ritiro della copia di cartella clinica relativa alla propria degenza nelle date suindicate.

 Il sottoscritto viene informato che ai sensi dell'art.26 della legge 4 gennaio 1968, n. 15, le dichiarazioni mendaci e la falsità degli atti, nei casi previsti dalla legge sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. Viene informato, inoltre, che i tempi per il rilascio della cartella clinica richiesta possono variare da un minimo di 30 a 60/90 giorni dalla data del pagamento dell'importo dovuto.

Modalità di pagamento e di ritiro:

€20,00 per ogni singola COPIA DI CARTELLA CLINICA

Il pagamento deve essere eseguito presso l'Ufficio Accettazione al momento della richiesta altrimenti la stessa non sarà ritenuta valida.

- Ritirerò personalmente la mia cartella clinica presso il Vs. ufficio accettazione.**
- Richiedo la spedizione della mia cartella clinica al seguente indirizzo:**

Via n°..... C.A.P..... Comune

 Prov.

Data..... Firma leggibile

ALLEGARE FOTOCOPIA DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA' DEL PAZIENTE E DEL DELEGATO.

Autorizzo l'intestata Clinica al trattamento dei miei dati personali ai sensi e per gli effetti del d.lgs 196/2003 e del Regolamento Europeo 679/2016

Data..... Firma leggibile

RISERVATO AL PERSONALE DELL'ACCETTAZIONE

N° Cartella clinica:

 Firma Impiegato Accettazione: