

 CLINICA VILLA DEL SOLE Via Nazionale Appia, 35-81100 Caserta Tel. 0823 251111	Richiesta / Delega Ritiro Copia Cartella Clinica	Mod. PG. SRic4. 17/21, 25, 31/36 – La Cartella Clinica –17
		Modulo
Revisione 02	Data: 08/01/2024	Pagina 1 di 1

- Il/La sottoscritto/a.....
Nato/a ail C.F.
Ricoverato dal al
- O il/la Sig./Sig.ra in qualità di
Del paziente 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 a cui aggiungere € 10 se si richiede la spedizione

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

oppure sul seguente IBAN: IT88C0306914937002700002157 – Beneficiario: CLINICA VILLA DEL SOLE S.p.A. – Causale: Richiesta copia cartella "Nome e Cognome paziente"

- **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.

La richiesta può essere inviata all'indirizzo mail: **archiviocartelle@clinicavilladelsole.it**

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 e ss.mm.ii.

Data..... Firma leggibile

RISERVATO AL PERSONALE DELL'ACCETTAZIONE
N° Cartella clinica: Firma Impiegato Accettazione: