



## Modulo per la richiesta di copia della cartella clinica

*Alla Direzione Medica di Presidio*

\_\_ I \_\_ Sottoscritt \_\_\_\_\_

abitante a \_\_\_\_\_

in Via/Piazza \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico \_\_\_\_\_

### Chiede il rilascio di copia della cartella clinica relativa al ricovero

del \_\_ Sig. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

domiciliato a \_\_\_\_\_

ricoverato il \_\_\_\_\_ presso S.C./ S.S.D. \_\_\_\_\_

ricoverato il \_\_\_\_\_ presso S.C./ S.S.D. \_\_\_\_\_

ricoverato il \_\_\_\_\_ presso S.C./ S.S.D. \_\_\_\_\_

### Dichiara di essere informato che:

- Il costo della copia di cartella clinica è pari a € 20,66 (per copie fino a 100 pagine)
- Il costo della copia di cartella clinica è pari a € 20,66 + € 5, 15 (per copie oltre le 100 pagine)
- Copia della documentazione sanitaria è rilasciata agli aventi diritto (**titolare** ovvero **eredi legittimi** in caso di decesso dello stesso) previa attestazione della titolarità
- Copia della documentazione sanitaria potrà essere rilasciata a persona diversa purché munita di **delega** del titolare e copia del **documento di identità proprio e del delegante**
- il mancato ritiro entro mesi 6 dall'approntamento comporterà l'invio alla distruzione della copia prodotta

### Riservato all'ufficio

S.C./S.S.D. \_\_\_\_\_ Cartella Clinica n. \_\_\_\_\_

### **Urgente Da Spedire Oltre 100 copie**

\_\_ I \_\_ Signor \_\_\_\_\_

identificato a mezzo documento \_\_\_\_\_

**Titolare/Avente diritto**

**Delegato**

ha ritirato copia della documentazione sanitaria richiesta in data \_\_\_\_\_

Data ..... Firma del richiedente.....