



RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

Per richiedere la copia di cartella clinica relativa al ricovero è necessario:

- 1) Compilazione ed invio del modulo "richiesta cartella clinica" da parte dell'intestatario della cartella

- 2) Invio copia del documento d'identità in corso di validità del richiedente

- 3) Invio copia di bonifico bancario di:
 - 22.00 € per il ritiro presso i ns. uffici
 - 26.00 € per la spedizione a domicilio

coordinate bancarie:

Intestatario: **Casa di Cura Privata Polispecialistica VILLA VERDE s.r.l.**

Banca: **SANFELICE 1893 BANCA POPOLARE Soc. Coop.va p.a.**

IBAN: **IT 83 M 05652 12800 CC0230000672**

CAUSALE: **Copia Cartella Clinica di (Cognome e Nome)**

L'invio dei documenti può avvenire:

- all'indirizzo email: **cartelle.cliniche@villaverde.it**
- via fax al numero: **0522 328640**

Al momento della ricezione di quanto sopra, il tempo di attesa per la cartella clinica è di circa 1 mese.



INTESTATARIO DELLA CARTELLA

NOMINATIVO: _____
C.F.: _____
INDIRIZZO: _____
CAP: _____ COMUNE: _____ PROVINCIA: _____
TELEFONO: _____

(Allegare copia documento di identità)

RICHIEDENTE (compilare solo se persona diversa dall'intestatario)

NOMINATIVO: _____
C.F.: _____

Consapevole delle responsabilità previste dall'Art.76 del d.p.r. 445/200, in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA DI ESSERE

- Genitore esercente la patria potestà Tutore* Amministratore di sostegno*
 Curatore* Erede (con il consenso degli altri eredi)

* (allegare provvedimento di nomina da parte del Giudice Tutelare del Tribunale)

(Allegare copia documento di identità)

CHIEDE

Copia Cartella Clinica: Reparto _____
N° Cartella _____

MODALITÀ DI RITIRO

- Ritiro di persona** presso l'Ufficio Informazioni.
Orari: Lunedì/Venerdì 8.00 – 18.30, Sabato 8.00 – 12.00
- Spedizione** specificare con una X se la spedizione deve essere effettuata presso:
- a) l'indirizzo dell'intestatario
 - b) l'indirizzo richiedente
 - c) altro indirizzo _____.

Ritiro tramite persona delegata

La persona delegata deve obbligatoriamente esibire all'atto del ritiro:

1. **un proprio documento d'identità**;
2. **documento d'identità del paziente (anche in copia) n°:** _____;
3. **il sottostante "ATTO DI DELEGA" debitamente compilato e firmato dal richiedente.**

ATTO DI DELEGA

IL SOTTOSCRITTO PAZIENTE (NOME E COGNOME) _____

DELEGA AL RITIRO DELLA PROPRIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA IL SIG./SIG.RA:

NOME _____ COGNOME _____

DATA ___/___/___ FIRMA DEL PAZIENTE _____

Per avvenuta consegna dei documenti sanitari alla persona delegata:

DATA ___/___/___ FIRMA DEL DELEGATO _____

NOTE: Il tempo di rilascio della fotocopia di cartella clinica è di 30 gg dalla data di consegna del presente modulo, previo pagamento, purché siano trascorsi 15 gg dalla dimissione.

Il sottoscritto ai sensi del D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Data _____ **Firma del richiedente** _____