



## **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: \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_  
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\*\* (Solo in caso di decesso del titolare della cartella e con il consenso degli altri eredi)

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

\*\* (allegare copia del certificato di decesso o una autocertificazione attestante il decesso del titolare della cartella)

(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:

- un proprio documento d'identità;**
- documento d'identità del paziente (anche in copia) n°: \_\_\_\_\_;**
- 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 Regolamento UE 2016/679 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 \_\_\_\_\_