

RICHIESTA DI CARTELLA CLINICA

Alla cortese attenzione della Segreteria Amministrativa

Il/la sottoscritto/a, **paziente o persona autorizzata (caregiver, tutore o avente diritto)**,
CHIEDE il rilascio della cartella clinica relativa al ricovero o periodo di degenza presso questa struttura.

DATI DEL RICHIEDENTE

Nome e Cognome: _____

Nato/a a: _____ il _____

Codice Fiscale: _____

Telefono: _____

Email: _____

In qualità di:

- ☐ Paziente
☐ Caregiver
☐ Tutore legale
☐ Altro (specificare): _____

DATI DEL PAZIENTE (se diversi dal richiedente)

Nome e Cognome: _____

Nato/a a: _____ il _____

Codice Fiscale: _____

TIPOLOGIA DI RICHIESTA

- ☐ Cartella relativa al ricovero avvenuto in data: _____
☐ Cartella completa relativa al periodo: dal _____ al _____

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Si prende atto che il costo per la richiesta è **pari a € 30,00**, da corrispondere presso la segreteria:

- ☐ In **contanti**
☐ Tramite **POS**

Il pagamento sarà effettuato **al momento della richiesta**.

TEMPI DI CONSEGNA

La cartella clinica verrà **messa a disposizione entro 5 giorni lavorativi** dalla data del pagamento, mediante:

- ☐ Ritiro in sede
- ☐ Invio via email (se disponibile) all'indirizzo sopra indicato

ALLEGATI OBBLIGATORI

- ☐ Copia del documento di identità del richiedente
- ☐ Copia del documento di identità del paziente (se diverso dal richiedente)
- ☐ Delega firmata dal paziente (in caso di richiesta da parte di terzi, se non tutore legale)
- ☐ Copia del provvedimento di nomina (in caso di tutore)

Luogo e Data: _____

Firma del richiedente: _____