

## RICHIESTA COPIA DI CARTELLA CLINICA

La/Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, chiede che le/gli venga rilasciata copia della Cartella Clinica relativa al/i ricovero/i effettuato/i presso il Reparto di:

1. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

N.B. Al momento del ritiro della copia della Cartella Clinica è necessario esibire un documento di identità valido che sarà fotocopiato ed allegato agli atti.

### DELEGA PER IL RITIRO DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

1. La/Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ delega la/il

Signora/e \_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al ritiro di copia della Cartella Clinica relativa al/i ricovero/i effettuato/i

come sopra specificato liberando con ciò la Casa di Cura Villa Berica S.p.A.. da qualsiasi responsabilità.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

N.B. Alla presentazione della delega, firmata dal delegante, si deve allegare fotocopia del documento di identità valido del delegante, ferma restando la presentazione di un documento di riconoscimento valido del delegato che sarà fotocopiato ed allegato alla richiesta.

### RICHIESTA COPIA DELLA CARTELLA CLINICA DA PARTE DI EREDI/TUTORI/CURATORI

La/Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ quale:

- Familiare/Parente/Affine avente titolo di Erede       Tutore/Curatore

chiede che le/gli venga rilasciata copia della Cartella Clinica della/del Signora/e \_\_\_\_\_

nata/o il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, relativa al/i ricovero/i effettuato/i presso il Reparto di:

\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

**N.B. Documenti da esibire al ritiro della copia della Cartella Clinica e da allegare in copia agli atti:**

- Famigliare/Parente/Affine avente titolo di erede:* a) dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante il titolo di erede **autenticata in Comune** b) documento di identità valido
- Tutore/Curatore:* a) provvedimento giudiziale di nomina b) documento di identità valido

### **MODALITÀ' DI RITIRO DELLA CARTELLA**

- RITIRA IL PAZIENTE**
- DELEGA ALTRI**
- DESIDERA RICEVERE PER POSTA**
- IL RICHIEDENTE HA EFFETTUATO IL PAGAMENTO**     **SI**     **NO**