

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 ____/____/201____ 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 ____/____/201____ 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 ____/____/201____ 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**