

 CASA DI CURA ULIVELLA E GLICINI	MODULISTICA	M72-73
	RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA E ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA	Date: 20/01/2020
		Rev.: 10
		Pagina 1 di 1

Si richiede copia conforme della documentazione sanitaria relativa al ricovero del Sig./Sig.ra:

Cognome _____ **Nome** _____

Nato/a _____ il _____ Tel.: _____

in qualità di: _____

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____ Tel.: _____

BARRARE IL DOCUMENTO RICHIESTO

Fotocopia conforme cartella clinica:

Reparto	Data entrata	Data uscita

Fotocopia esame istologico

Riproduzione Esami Radiologici su CD (specificare il periodo e gli esami che interessano)

MODALITA' E TEMPI DI CONSEGNA

- Procedura normale - 20 gg. feriali (esclusi sabato e giorni prefestivi)
- Procedura d'urgenza - escluse le cartelle cliniche con esame istologico - 8 gg. feriali, esclusi sabato e giorni prefestivi (per il ritiro contattare il n° 055/4296298 dalle ore 08.00 alle ore 12.00).

Ritiro allo sportello dell'Ufficio Accettazione da parte dell'intestatario o da persona delegata.

A mezzo raccomandata con tassa a carico del destinatario al seguente indirizzo:

Nominativo _____

Via _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

ORARIO PER IL RITIRO

DAL LUNEDI AL VENERDI DALLE 08.00 ALLE 13.00

Data _____ **Firma del richiedente** _____

DELEGA

Il/La sottoscritto/a _____ ai sensi dell'art.10 della Legge 196/03 sulla "tutela delle persone e altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali", **DELEGA** il Sig. _____ nato a _____ il _____ al ritiro della copia della documentazione sanitaria richiesta munito di documento di riconoscimento proprio, delega firmata, documento di riconoscimento originale del delegante; in caso di intestatario defunto si richiede atto notorio.

Firma _____

PER RICEVUTA : DATA _____ FIRMA _____