

**MODULISTICA**

M72-73

**RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA E ALTRA
DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Data: 17/06/2013

Rev.: 8

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 (specificare il periodo e le lastre 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 Lunedì al Venerdì dalle ore 11:00 alle 16.00 - Sabato dalle ore 10:00 alle ore 12:00

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** _____