

(Si prega di compilare tutti i campi in grigio e selezionare la modalità di ritiro)

Si richiede copia della Cartella Clinica n° (il numero è indicato sulla lettera di dimissione)

Relativa al paziente (nome e cognome)

Nata/o il e ricoverata/o in data Telefono

INDICARE GLI ESTREMI DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ da allegare:

Tipo di documento N° Data Scadenza

Firma del Richiedente _____ (firma leggibile)

☐ Ritiro presso la Casa di Cura

☐ Spedire all'indirizzo (indicare di seguito)

Nome e Cognome (se diverso dal paziente)

Via n°

Città Prov.

CAP Note utili per la consegna

Gentile Paziente,

La copia della Cartella Clinica ha il costo di **€ 20,00**. Se richiesta la spedizione è necessario aggiungere **€ 10,00** per le spese, da pagare al momento della richiesta.

L'accettazione ricoveri provvederà a contattarla al numero di telefono indicato per il ritiro presso la Casa di Cura o per l'invio della copia all'indirizzo indicato.

È possibile ritirare personalmente (o su delega) la Cartella Clinica dal Martedì al Sabato dalle ore 10:30 alle ore 14:30, muniti del presente documento e del Documento di Identità.

Si prega di portare con sé il presente modulo per ricevuta o delega.

DELEGA AL RITIRO

Il/la sottoscritto/a titolare della Cartella Clinica

richiesta, **delego al ritiro** il Sig./Sig.ra

Nato/a a Prov. il

Tipo di documento N° Data Scadenza

Firma del Paziente _____