

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

AL DIRETTORE SANITARIO DELLA CASA DI CURA LE TERRAZZE - CUNARDO (VA)

Data richiesta: _____

L sottoscritt _____

nat_ a _____ il _____

residente a _____ Via _____

C.A.P. _____ tel. _____

in qualità di (1)

diretto interessato

tutore

erede

delegato

(1) della cui veridicità se ne assume ogni responsabilità consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 26 della L. 15/68

Autorizza inoltre la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi dell'art. 13 del DLgs 196/2003

CHIEDE

il rilascio in copia della seguente cartella clinica

Sig _____ Ricovero dal _____ al _____

Per uso: _____

Delego al ritiro_L_ Sig. _____

documento di riconoscimento _____ n. _____

rilasciato da _____

(luogo e data)

Firma del Richiedente

COSTO COPIA CARTELLA

La richiesta deve essere effettuata dalle persone aventi diritto di cui sopra compilando il MOD 07 04 02 presso l'Ufficio Ricoveri e provvedendo al contestuale pagamento (il giorno della richiesta) di **€ 50 .00.**

La tempistica per il rilascio di copia è di 30 giorni; Costo spedizione con POSTE SDA **15 €** .

AD USO INTERNO

N. Copie _____ Cartella clinica n° _____

Pagato € _____ in data _____ fattura n° _____

Consegna / Spedizione COPIA IL _____

SIGLA _____