

RICHIESTA COPIA CARTELLE CLINICHE

OGGETTO: cartella clinica relativa al periodo _____

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ prov. Di _____

via _____

tel/cell _____ C.F. _____

CHIEDE COPIA DELLA CARTELLA CLINICA DI: (indicare nominativo del paziente) _____

in qualita' (indicare grado di parentela se la copia cartella non appartiene al richiedente) _____

motivo richiesta: _____

DATA _____ FIRMA _____

La copia sarà disponibile entro 45 giorni lavorativi dalla data della richiesta.

Per ogni cartella richiesta all'atto del ritiro è dovuto l'importo di 20 Euro.

Per l'invio al proprio domicilio deve essere eseguito un bonifico bancario per l'importo di 30 Euro.

Riservato all'ufficio

ritirata personalmente con fattura n° _____ in data _____

spedita con fattura n° _____ in data _____

Data Richiesta _____

DELEGA

In ottemperanza al Gdpr Ue 2016/679 al fine di garantire maggior riservatezza per gli utenti che si rivolgono a questo Centro per effettuare interventi chirurgici o in regime ambulatoriale, si pregano gli utenti stessi che non sono in grado di ritirare personalmente la Cartella Clinica, di compilare e firmare la presente delega.

Il/la sottoscritto/a _____

Delega al ritiro della copia della Cartella Clinica in mia vece il Sig./la Sig.ra:

Documento d'identita delegato _____ rilasciato il _____ da _____

Firma leggibile delegante _____ Firma leggibile delegato _____