

MODULO RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

Il/la sottoscritto/a nato/a a il
residente a
via tel

chiedo alla Direzione Sanitaria della Casa di Cura San Pier Damiano S.p.A. il rilascio di copia fotostatica
della cartella clinica relativa al ricovero nel reparto:
dal al Per uso

- ☐ **ritiro direttamente** la copia personale
- ☐ **delego al ritiro**, sotto la mia responsabilità, il/la sig.:
- ☐ **Invio tramite PEC**, richiedo che la copia della cartella clinica venga inviata tramite PEC al seguente indirizzo:
- ☐ la copia della cartella sarà **inviata per posta** tramite raccomandata A.R. con la dizione
"RISERVATA - PERSONALE" al seguente indirizzo:

Nome e cognome
Via n°
CAP Città
Tel.

Firma Data

NOTA: per il ritiro della copia della cartella è necessario presentarsi con un documento di identità munito di fotografia.

ANNOTAZIONI DELL'UFFICIO AL MOMENTO DELLA CONSEGNA

Cartella clinica n° anno
Vista e confermata l'identità del/della sig.
Documento d'identità
n° rilasciato il
n° Fattura Data fattura

Firma dell'incaricato dell'ufficio