

RITIRO CARTELLA CLINICA

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
residente a _____ prov. _____ C.A.P. _____
in via/piazza _____
identificato a mezzo (tipo di documento) _____ n. _____ rilasciato
il _____ da _____
ricoverato/a presso Tiberia Hospital, nel reparto di _____,
dal giorno _____ al giorno _____,

RICHIEDE

il rilascio di copia della cartella clinica relativa al ricovero di cui sopra.

Tale documento potrà essere ritirato, dopo 30 giorni lavorativi dalla richiesta, in via Emilio Praga, 39/41:

- dal lunedì al venerdì dalle ore 12:00 alle ore 14:00 e dalle ore 16:30 alle ore 18:30
- il sabato dalle ore 11:00 alle ore 12:30

Nei casi di urgenza è necessaria una richiesta da parte del medico curante.

La documentazione in copia sarà conservata per un periodo non superiore a tre mesi dalla data di richiesta.

Per ulteriori informazioni rivolgersi ai numeri 06/89260297 (dal Lun al Ven 09:00-12:00)

Il ritiro può avvenire con le seguenti modalità:

1. Direttamente dal paziente munito di:

- a) questo modulo di richiesta
- b) un proprio documento di riconoscimento valido

2. Da altra persona delegata munita di:

- a) questo modulo di richiesta
- b) un proprio documento di riconoscimento
- c) una copia di un documento di riconoscimento del paziente sopracitato
- d) delega semplice utilizzando lo spazio sottostante

FORMULA DI DELEGA

(allegare copie dei documenti di identità del delegante e del delegato)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
residente a _____ prov. _____ C.A.P. _____
in via/piazza _____
identificato a mezzo (tipo di documento) _____ n. _____ rilasciato
il _____ da _____
ricoverato/a presso Tiberia Hospital, nel reparto di _____,
dal giorno _____ al giorno _____,

DELEGA

il/la sig./sig.ra _____
nato/a _____ il _____
identificato a mezzo (tipo di documento) _____, n. _____ rilasciato
il _____ da _____
a ritirare in sua vece la copia della cartella clinica relativa al ricovero di cui sopra.

Data

Firma del delegante
