

**Richiesta copia conforme:  
CARTELLA CLINICA, DOCUMENTAZIONE  
SANITARIA, RADIOGRAMMI, IMMAGINI  
DIAGNOSTICHE**

Rev.

M-PADS10-  
09

3

Agosto 2018

RICHIESTA COPIA CONFORME DEL SIG./SIG.RA .....  
cognome, nome

CODICE FISCALE |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| TEL. ....

DATA DI NASCITA \_\_\_\\_\_\_\\_\_\_ LUOGO DI NASCITA ..... PROV. ....

RESIDENTE A ..... VIA ..... N° ..... PROV. ....

DATA RICHIESTA ..... RICHIESTA N° .....  SOLVENTE  SSN

**FIRMA RICHIEDENTE**

PAZIENTE .....  
 TUTORE .....  
 DELEGATO ..... (Vedi Delega Retro)  
 MEDICO (della Casa di Cura) .....  
 ALTRO .....

TIPOLOGIA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA	N° COPIE RICHIESTE	VERSAMENTO PER COPIE CONFORMI ALL'ORIGINALE:
CARTELLA CLINICA N° ..... U.O. .... GIORNO ..... MESE ..... ANNO .....	.....	FATTURA N° .....
CARTELLA CLINICA N° ..... U.O. .... GIORNO ..... MESE ..... ANNO .....	.....	FATTURA N° .....
CARTELLA CLINICA N° ..... U.O. .... GIORNO ..... MESE ..... ANNO .....	.....	FATTURA N° .....
REFERTI AMBULATORIALI (PRESTAZIONE) ..... .....	.....	FATTURA N° .....
DATA REFERTO/PRESTAZIONE ___\___\___		
RADIOGRAMMA..... DATA ESAME ___\___\___ TAC..... DATA ESAME ___\___\___ RMN..... DATA ESAME ___\___\___ MAMMOGRAFIA..... DATA ESAME ___\___\___ ECOGRAFIA..... DATA ESAME ___\___\___	..... ..... ..... .....	FATTURA N° .....

**MODALITÀ DI RITIRO DELLA COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

- CONSEGNA DIRETTA
- AL PAZIENTE (FIRMA PER RICEVUTA) .....
  - AL TUTORE (FIRMA PER RICEVUTA) .....
  - AL DELEGATO (FIRMA PER RICEVUTA) .....
- SPEDIZIONE POSTALE (Il servizio prevede il rimborso spese postali, da pagare presso gli sportelli dell'Ufficio Accettazione-Cassa al momento del pagamento della prestazione sanitaria)
- FIRMA PER RICHIESTA INVIO PER SPEDIZIONE POSTALE .....

RICHIESTA INTERNA: UNITÀ OPERATIVA ..... FIRMA PER RICEZIONE.....

**RILASCIO DOCUMENTAZIONE**

AUTORIZZAZIONE AL RILASCIO .....  
 PRESA VISIONE DEL RILASCIO (Servizio di Radiologia) .....  
FIRMA DIRETTORE SANITARIO .....

DATA RILASCIO/SPEDIZIONE DOCUMENTAZIONE \_\_\_\\_\_\_\\_\_\_ .....  
FIRMA OPERATORE .....

**Presentarsi allo sportello muniti di documento d'identità**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_ \ \_\_\_ \ \_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_\_\_ )

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_\_\_ )

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Ai sensi della vigente normativa e consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o comunque non rispondente al vero

**DELEGA**

Il Sig/la Sig.ra \_\_\_\_\_  
Nato/a \_\_\_ \ \_\_\_ \ \_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_\_\_ )  
Residente a \_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_\_\_ ) Via \_\_\_\_\_  
Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

La Spett. Assicurazione \_\_\_\_\_  
Referente Assicurazione Sig. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Alla **RICHIESTA**

Al **RITIRO**

- Cartella clinica
- Documentazione sanitaria

Relativamente all'episodio di:

- ricovero nel Reparto di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- ricovero nel Reparto di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- prestazione ambulatoriale di \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- prestazione ambulatoriale di \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Data \_\_\_ \ \_\_\_ \ \_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*I dati da Lei forniti saranno trattati ai sensi dell'art 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) anche tramite soggetti esterni al fine di permettere l'espletamento degli adempimenti connessi al rapporto di cura come da informativa da Lei ricevuta in fase di accesso. Copia integrale dell'informativa può essere sempre richiesta presso le nostre sedi.*