

MODALITA' DI RICHIESTA E RITIRO COPIA CONFORME DOCUMENTAZIONE SANITARIA RICOVERO SOLVENTE

Gentile Sig./Sig.ra, La informiamo che una copia della documentazione Le verrà consegnata gratuitamente. Ulteriori copie che dovessero essere necessarie Le saranno consegnate previo pagamento delle quote previste dall'Istituto.

PARTE A – RICHIESTA

La richiesta può essere effettuata:

- Allo sportello di accettazione da lunedì a giovedì dalle 11.00 alle 13.00 (richiedere “richiesta cartella”)
- Inviando il presente modulo firmato e gli allegati eventualmente necessari via mail all'indirizzo richiestacartelle.capitanio@auxologico.it

Dati paziente (scrivere in stampatello) – **Allegare documento di identità**

Cognome _____ Nome _____
Ricoverato nel reparto di _____
dal _____ al _____

In caso di necessità contattare

Tel _____ Cell _____

Dati richiedente

- ☐ **Il paziente maggiorenne** (in caso di minore emancipato, allegare il provvedimento del Tribunale dei Minori)
- ☐ **Delegato del paziente** (compilare delega sotto e allegare copia documento di identità)
- ☐ **Avente diritto**
In caso di paziente defunto, allegare certificato di morte e stato di famiglia storico dal quale emerga che il richiedente è coniuge/il figlio del defunto, o in mancanza di essi, è il padre o la madre del defunto stesso;
In caso di paziente interdetto, allegare copia del provvedimento di nomina tutore.

Si richiede copia conforme di

- ☐ **Cartella clinica**
- ☐ **Esami effettuati in corso di ricovero (specificare):** _____
- ☐ **Altro (specificare):** _____

Informazioni importanti: Per le corrette modalità di ritiro fare riferimento alla parte B

Data _____ Firma del paziente/avente diritto/
entrambi i genitori se minorenni _____

Delega per richiesta:

Io sottoscritto _____	Documento n. _____
delego sig/ra _____	Documento n. _____
	Firma _____

Nulla osta al rilascio del Direttore Medico di Presidio:

Consente il rilascio ☐ SI ☐ NO Firma _____

PARTE B – RITIRO

La copia conforme richiesta può essere:

- Ritirata allo sportello di accettazione a partire dal giorno successivo alla convocazione da parte dell'Ufficio Ricoveri (da lunedì a giovedì dalle 11.00 alle 13.00)
- Ricevuta al domicilio

Indirizzo a cui inviare la documentazione *(scrivere in stampatello)*

PER RITIRARE LA COPIA RICHIESTA E' NECESSARIO PRESENTARSI MUNITI

- Documento di identità in corso di validità di chi effettua il ritiro
- Delega compilata da parte del paziente/richiedente e suo documento di identità

Delega per ritiro:

Io sottoscritto _____

Documento n. _____

delego sig/ra _____

Documento n. _____

Firma _____

- *In caso di persona defunta, certificato di morte (nel caso il paziente non sia deceduto in ospedale) e stato di famiglia storico*
- *In caso di minore, stato di famiglia*

La copia deve essere ritirata entro 6 mesi dalla data indicata per il ritiro (superati i 6 mesi la copia verrà eliminata e sarà necessario pagare la richiesta).

La documentazione richiesta è stata consegnata a / inviata a:

Sig./ra _____

Documento n. _____

Firma per
ricevuta/invio _____