



OSPEDALE FATEBENEFRAPELLI E OFTALMICO
Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
PRESIDIO OSPEDALIERO FATEBENEFRAPELLI E OFTALMICO

Modulo per la richiesta di copia della cartella clinica

Alla Direzione Medica di Presidio

__I_ Sottoscritt _____
abitante a _____
in Via/Piazza _____ N° _____
Recapito Telefonico _____

Chiede il rilascio di copia della cartella clinica relativa al ricovero

del_ Sig. _____
nato a _____ il _____
domiciliato a _____

ricoverato il _____ presso S.C./ S.S.D. _____

ricoverato il _____ presso S.C./ S.S.D. _____

ricoverato il _____ presso S.C./ S.S.D. _____

Dichiara di essere informato che:

- Il costo della copia di cartella clinica è pari a € 20,66 (per copie fino a 100 pagine)
- Il costo della copia di cartella clinica è pari a € 20,66 + € 5, 15 (per copie oltre le 100 pagine)
- Copia della documentazione sanitaria è rilasciata agli aventi diritto (**titolare** ovvero **eredi legittimi** in caso di decesso dello stesso) previa attestazione della titolarità
- Copia della documentazione sanitaria potrà essere rilasciata a persona diversa purché munita di **delega** del titolare e copia del **documento di identità proprio e del delegante**
- il mancato ritiro entro mesi 6 dall'approntamento comporterà l'invio alla distruzione della copia prodotta

Data Firma del richiedente.....

Riservato all'ufficio

S.C./S.S.D. _____ Cartella Clinica n. _____

Urgente

Da Spedire

Oltre 100 copie

__I_ Signor _____

identificato a mezzo documento _____

Titolare/Avente diritto

Delegato

ha ritirato copia della documentazione sanitaria richiesta in data _____