

## RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

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

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ (si allega)

chiede

copia della Cartella Clinica del ricovero dell'anno \_\_\_\_\_ tramite

- Ritiro in Casa di Cura
- Spedizione mezzo posta raccomandata all'indirizzo (10€) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente  
\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**N.B.:** In caso di delega si devono allegare alla presente richiesta copia del documento di riconoscimento del Delegante e copia del documento del Delegato in corso di validità. Si autorizza il trattamento dei dati sensibili ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e Legge 101/2018.

Delegato Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ ( si allega )

Data \_\_\_\_\_ Firma Delegante \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma Delegato \_\_\_\_\_

*La delega, come sopra conferita, esime la Casa di Cura Cristo Re s.r.l. da ogni e qualsiasi responsabilità derivante dalla circolazione dei dati, anche anagrafici, contenuti nella documentazione consegnata.*

*Direttore Sanitario Dott. Triboto Francesco*

## **ISTRUZIONI PER RILASCIO E SPEDIZIONE CARTELLA CLINICA**

Gentile Utente,

al fine di ottenere il rilascio ed eventuale spedizione della **cartella clinica** bisogna effettuare un bonifico bancario alle seguenti coordinate:

**INTESTAZIONE:** Casa di Cura Cristo Re s.r.l.

**IBAN:** IT 40 P 01005 16500 000000002934 (Banca Nazionale del Lavoro)

**CAUSALE:** dati anagrafici del paziente e indirizzo di spedizione

**IMPORTO:** 30€

**(COSTO RILASCIO CARTELLA CLINICA 30€ - copia dei supporti digitali (CD) contenenti le immagini diagnostiche eseguite durante il ricovero 15€ - COSTO SPEDIZIONE CARTELLA CLINICA 10 €)**

N.B.

Non è possibile inoltrare la copia della cartella clinica tramite mail/pec.

Un cordiale saluto

*Casa di Cura "Cristo Re" s.r.l.*