|  |  |
| --- | --- |
|  | 🖵 Pisa - Presidio autonomo di chirurgia ambulatoriale e Day Surgery |

MODULO RICHIESTA COPIA DI CARTELLA CLINICA/DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/La sottoscritto/a

Indirizzo PEC telefono

Nato/a a il

Residente a

In qualità di: 🖵 INTESTATARIO 🖵 DELEGATO 🖵 GENITORE 🖵 TUTORE

**RICHIEDO COPIA CONFORME DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:**

* **CARTELLA/E CLINICA/CHE RELATIVA/E AL/I RICOVERO/I DEL:**
* **REFERTO/I RELATIVO/I ALLA/E SEGUENTE/I PRESTAZIONE/I:**

**DEL:**

Del (**dati personali paziente**): Sig./Sig.ra

Nato/a a il

*Richiedo che la consegna avvenga con le seguenti modalità:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | La delega (Modulo 36,1) deve essere accompagnata da originale oppure fotocopia del documento di identità del delegante e da documento identificativo del delegato. La copia conforme sarà consegnata entro 7 giorni lavorativi. |
| * Ritiro personale * Ritiro da persona delegata * A mezzo posta raccomandata * Via posta elettronica PEC |  |

Il/La sottoscritto/a dichiara consapevolmente di accettare che il recapito della suddetta documentazione sanitaria avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale, che prevede la consegna della **Posta Raccomandata** anche a persona diversa dal destinatario presente nel domicilio (es. familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc.);

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza che il costo per ogni documento è di € 15 più €10 per spedizione a mezzo raccomandata o € 5 per spedizione via PEC.

Le cartelle non ritirate entro 60 giorni dalla fotocopiatura vengono riarchiviate, ed al bisogno dovrà essere ripetuta l’intera procedura (pagamento compreso)

|  |  |
| --- | --- |
| Data | Firma |

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto la/e copia/e della/e cartella/e cliniche richiesta/e

|  |  |
| --- | --- |
| Data | Firma |

Modulo-36.2-Richiesta-cartella-clinica.doc – agg. 24 luglio 2024