

ALLEGATO N. 1

STRUTTURA _____

MODULO DI RICHIESTA/DELEGA PER IL RITIRO DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

UFFICIO CARTELLE CLINICHE

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Ricoverato dal: _____ al _____

Presso l'Unità Operativa di _____ (*)

CHIEDE IL RILASCIO DI COPIA CARTELLA /DELEGA

- * Autorizzo il/la sig/ra _____ nato/a _____ il _____
al ritiro presso l'Ufficio Cartelle Cliniche la copia della cartella clinica relativa alla propria degenza,
* Autorizza la spedizione al seguente indirizzo:

Il sottoscritto viene informato che ai sensi dell'art. 26 della legge 4 gennaio 1968, n. 15, le dichiarazioni mendaci e le falsità degli atti, nei casi previsti dalla legge sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Modalità di pagamento

€ _____ per ogni copia di cartella clinica da pagarsi al momento del ritiro presso l'ufficio cartelle cliniche

€ _____ per ogni copia di cartella clinica + € _____ per spese postali. il pagamento deve essere eseguito presso l'uff. cassa al momento della richiesta o previo pagamento di bollettino postale allegato al ritiro

DATA _____

FIRMA _____

ALLEGARE FOTOCOPIA DOCUMENTO D'IDENTITA' VALIDO DEL PAZIENTE E DEL DELEGATO

(*) Per la richiesta di più di una copia di cartella compilare il retro del modulo

Ricoverato dal: _____ al _____

Presso l'Unità Operativa di _____

Ricoverato dal: _____ al _____

Presso l'Unità Operativa di _____

Ricoverato dal: _____ al _____

Presso l'Unità Operativa di _____

Ricoverato dal: _____ al _____

Presso l'Unità Operativa di _____

Ricoverato dal: _____ al _____

Presso l'Unità Operativa di _____