



GRUPPO SALATTO  
CASA DI CURA  
SAN MICHELE

## RICHIESTA DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

Cognome .....

Nome .....

Data e luogo di nascita .....

Indirizzo .....

N° tel. ....

Unità Funzionale di Ricovero .....

Data di ricovero .....

Data di dimissione .....

Firma .....

Tariffa rilascio copia cartella clinica:

- URGENTE (entro 7 gg con documentazione disponibile) euro 25 iva compresa;  
 ORDINARIA (entro 30 gg) euro 15 iva compresa;

Richiesta di spedizione a mezzo raccomandata  
A/R presso l'indirizzo su indicato

si  
 no

Tariffa spedizione: euro .....

Il sottoscritto, informato sulle finalità del trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 196/2003 e s.m.i.,

DELEGA

Il sig. ...., nella qualità di

a ritirare la copia della propria cartella clinica esonerando l'amministrazione da ogni responsabilità penale e civile per la divulgazione di notizie di carattere sanitario e personale

Data

Firma del delegante

RITIRO COPIA CARTELLA CLINICA

Per ricevuta:

Data

Firma

Il documento richiesto potrà essere ritirato esclusivamente esibendo questa richiesta compilata in tutte le sue parti:

- 1) dall'intestatario munito di documento di identità;
- 2) da altra persona delegata munita di proprio documento di identità, di delega scritta e documento di identità dell'intestatario.

### RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE

- Fattura emessa n. .... del .....
- Cartella Clinica prot. n° ..... / .....
- Fotocopiata in data: .....
- Documento di identità: ..... n°: .....

Gestione

**CASA DI CURA PROF. BRODETTI S.p.A.**

71121 FOGGIA - Via Vittime Civili, 112 - CF/PI: 00419680715 - CCIAA di Foggia n. 110095 Reg. Soc. Tribunale di Foggia n. 3027