

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ Nat\_ a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ cod. fiscale \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Tel./Cell \_\_\_\_\_

Fax/eMail \_\_\_\_\_

nella sua qualità di <sup>(1)</sup>:

**Riservato all'Ufficio**

- INTESTATARIO DELLA CARTELLA CLINICA
- GENITORE ESERCENTE LA POTESTA' <sup>(2)</sup>
- TUTORE/CURATORE <sup>(2)</sup>
- DELEGATO DALL'INTESTATARIO DELLA CART. CLINICA <sup>(3)</sup>
- EREDE DELL'INTESTATARIO DELLA CARTELLA CLINICA <sup>(4)</sup>

Estremi fattura: \_\_\_\_\_

Note: \_\_\_\_\_

**RICHIEDE**

copia della cartella clinica intestata a \_\_\_\_\_

ricoverat\_ presso questa Casa di Cura nei periodi sottoelencati:

1. N. copie \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso Reparto di \_\_\_\_\_ C.C n. \_\_\_\_\_

2. N. copie \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso Reparto di \_\_\_\_\_ C.C n. \_\_\_\_\_

3. N. copie \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso Reparto di \_\_\_\_\_ C.C n. \_\_\_\_\_

4. N. copie \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso Reparto di \_\_\_\_\_ C.C n. \_\_\_\_\_

Per un totale di n. copie \_\_\_\_\_

**MODALITA' DI RITIRO (4)**

**a) Spedire** al seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**b) Il/La sottoscritt\_ si impegna a ritirare la documentazione entro 60 giorni dalla richiesta. Decorso tale termine la documentazione in copia verrà distrutta.**

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA DEL RICHIEDENTE \_\_\_\_\_

*(1) indicare con una croce la qualità che si intende dichiarare*

*(2) allegare dichiarazione sostitutiva di certificazione e fotocopia del documento di identità*

*(3) delega firmata dall'intestatario della documentazione clinica - fotocopia del documento d'identità del delegante e del delegato*

*(4) allegare dichiarazione sostitutiva atto di notorietà e fotocopia del documento d'identità*

*(5) indicare con una croce la modalità di ritiro.*

<b>DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA:</b>
<i>FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA'</i>
<i>RICEVUTA DEL PAGAMENTO DI EURO 30,00 PER OGNI COPIA DI CARTELLA RICHIESTA</i>
<i>RICEVUTA DEL PAGAMENTO DI EURO 10,00 PER SPESE DI SPEDIZIONE</i>

Il pagamento può essere effettuato:

- Direttamente c/o La Romolo Hospital . Ufficio Accettazione
- Tramite Vaglia Postale intestato a Romolo Hospital Srl

**SE IL RITIRO VIENE EFFETTUATO DA UN TERZO ED NECESSARIO ALLEGARE:**

1. DELEGA FIRMATA DALL'INTESTARIO DELLA CARTELLA CLINICA
2. FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL DELEGANTE
3. FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DEL DELEGATO

---

**CONSEGNA**

Rocca di Neto, \_\_\_\_\_

Operatore Romolo Hospital \_\_\_\_\_

Firma del Consegretario: \_\_\_\_\_

Per Ricevuta: \_\_\_\_\_

**SPEDIZIONE**

Data di Spedizione, \_\_\_\_\_

Operatore Romolo Hospital \_\_\_\_\_

Estremi Raccomandata: \_\_\_\_\_