



## ISTANZA DI RILASCIO COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

Gentile Utente,

La informiamo che è possibile richiedere, già al momento dell'accettazione, il rilascio della cartella clinica relativa al Suo ricovero. Tempo di attesa 40 giorni circa.

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

In qualità di :  intestatario della cartella  genitore tutore  delegato

### **RICHIEDO LA COPIA DELLA CARTELLA CLINICA**

Relativa al mio ricovero avvenuto dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Relativa al ricovero del Sig/Sig.ra (cognome e nome) \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ricoverato dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

in formato:

- ELETTRONICO** al costo di € 20 (IVA inclusa) e-mail: \_\_\_\_\_  
cellulare (obbligatorio) \_\_\_\_\_ e autorizzo che vengano comunicati,  
con e-mail all'indirizzo mail (no PEC) e con SMS al numero di cellulare da me sopra indicati  
gli elementi utili all'accesso al WEB per scaricare la cartella clinica
- CARTACEO** con ritiro agli sportelli di questa struttura al costo di € 30 (iva inclusa)
- CARTACEO** a mezzo posta al seguente destinatario e indirizzo al costo di € 40 (iva inclusa):

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ Via e n° \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

- NON DESIDERO** ricevere notifica via SMS
- ACCETTO** la condizione vincolante di pagamento anticipato presso i nostri sportelli o  
mediante bonifico bancario

Sono informato che i dati personali da me forniti saranno utilizzati esclusivamente ai fini dell'espletamento della presente richiesta nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 679/2016)

Parma, il \_\_\_\_\_

In fede \_\_\_\_\_

### **SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO ACCETTAZIONE DEGENZE**

Data richiesta \_\_\_\_\_

Cartella Clinica n° \_\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_

Firma Operatore \_\_\_\_\_

**Piccole Figlie Hospital**

**Coordinate Bancarie per il pagamento:**

**Credit Agricole IT50Q0623012700000036343959**