

Data richiesta _____ **Data consegna** _____
RICHIESTA DI COPIA CARTELLA CLINICA ALL'AZIENDA USL DI PIACENZA

IL TITOLARE DELLA CARTELLA (scrivere in stampatello)

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

☎ _____ cellulare _____ email _____

Il/la SIG/SIG.RA _____

in qualità di: Genitore Erede Tutore Delegato

del titolare della Cartella Clinica sopra indicato

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ Via _____

☎ _____ cellulare _____ email _____

ALLEGARE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA O DELEGA

CHIEDE il RILASCIO di: **COPIA CARTELLA CLINICA**

Copia referto P.S. Copia Diario Ortopedico Copia Cartellino d'intervento del 118

Per ricovero avvenuto presso il Presidio Ospedaliero di P I A C E N Z A

U.O. _____ in data _____ N° nosologico _____
a cura dello Sportello Cartelle

U.O. _____ in data _____ N° nosologico _____
a cura dello Sportello Cartelle

U.O. _____ in data _____ N° nosologico _____
a cura dello Sportello Cartelle

PER ULTERIORI RICOVERI VEDI RETRO

per uso: personale, medico, assicurativo, legale, altro _____

Specificare se la richiesta è URGENTE: **SI** **NO**

IL SOTTOSCRITTO ACCETTA CHE L'AZIENDA SPEDISCA IN CONTRASSEGNO ALL'INDIRIZZO SOPRA RIPORTATO LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA RICHIESTA CON SPESE DI SPEDIZIONE A MIO CARICO (minimo di € 11.00 in aggiunta al costo della cartella), QUALORA LA STESSA NON FOSSE RITIRATA ENTRO UN MESE DALLA DATA DI DISPONIBILITA' COMUNICATAMI.

FIRMA (DEL RICHIEDENTE) _____

Documento del Richiedente _____ N. _____ del _____

La richiesta è stata accettata dall'operatore _____

Il/la sottoscritto/a, esonerando l'Azienda USL di Piacenza da eventuali responsabilità, **AUTORIZZA LA CONSEGNA IN BUSTA CHIUSA**, di copia della Cartella Clinica/documentazione sanitaria al Sig./ra _____ nato/a il _____ che con la presente delego al ritiro. Sono informato che il delegato dovrà essere munito di valido documento di riconoscimento e di ricevuta di avvenuto pagamento.

FIRMA (DEL RICHIEDENTE LA CARTELLA CLINICA) _____

Documento del Delegato _____ N. _____ del _____

DATA (ritiro copia cartella) _____ **FIRMA** (per ricevuta di chi ritira) _____

ULTERIORI RICOVERI OLTRE A QUELLI GIA' INDICATI SUL FRONTE:

Per ricovero avvenuto presso il Presidio Ospedaliero di _____

U.O. _____ in data _____ N° nosologico _____
a cura dello Sportello Cartelle

U.O. _____ in data _____ N° nosologico _____
a cura dello Sportello Cartelle

U.O. _____ in data _____ N° nosologico _____
a cura dello Sportello Cartelle

U.O. _____ in data _____ N° nosologico _____
a cura dello Sportello Cartelle

U.O. _____ in data _____ N° nosologico _____
a cura dello Sportello Cartelle

U.O. _____ in data _____ N° nosologico _____
a cura dello Sportello Cartelle

U.O. _____ in data _____ N° nosologico _____
a cura dello Sportello Cartelle

U.O. _____ in data _____ N° nosologico _____
a cura dello Sportello Cartelle

LE RICHIESTE, DEBITAMENTE COMPILATE ED ACCOMPAGNATE DA UNA COPIA DI UN DOCUMENTO D'IDENTITA' DEL RICHIEDENTE, POSSONO ESSERE INVIATE VIA FAX AL N° 0523/303127

I costi: **Cartella Clinica ordinaria €12,90** **Cartella Clinica URGENTE €20,70**

Copia referto Pronto Soccorso/Diario Ortopedico €5.20

Cartellino d'intervento del 118 €5,20

IL SOTTOSCRITTO _____ CHIEDE, ESONERANDO L'AUSL DI PIACENZA DA EVENTUALI RESPONSABILITA', LA SPEDIZIONE AL SEGUENTE INDIRIZZO:

(NOMINATIVO DESTINATARIO) _____

Via _____ n° _____ Città _____ CAP _____

Firma _____

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato debitamente informato sulle modalità di richiesta, di ritiro, sui tempi e sui costi che mi assumo, per il rilascio della Copia Cartella Clinica. Le spese (comprese quelle postali) sono a mio completo carico, e verranno pagate in contrassegno.

L'importo della spedizione al domicilio in contrassegno varia in funzione del peso con un importo minimo di €11.00 al quale va aggiunto il costo della riproduzione sopra riportato