

Casa di Cura Privata Le terrazze	RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA	Pag. 1 di 1
---	---	-------------

AL DIRETTORE SANITARIO DELLA CASA DI CURA LE TERRAZZE - CUNARDO (VA)

Data richiesta: _____

l sottoscritt _____

nat_ a _____ il _____

residente a _____ Via _____

C.A.P. _____ tel. _____

in qualità di (1)

diretto interessato
tutore
erede
delegato

(1) della cui veridicità se ne assume ogni responsabilità consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 26 della L. 15/68

Autorizza inoltre la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi dell'art. 13 del DLgs 196/2003

chiede

il rilascio in copia della seguente cartella clinica

Sig. _____

Ricovero dal _____ al _____

Per uso: _____

Delego al ritiro_l_ Sig. _____

documento di riconoscimento _____ n. _____

rilasciato da _____

(luogo e data)

Firma del Richiedente

COSTO COPIA CARTELLA

La richiesta deve essere effettuata dalle persone aventi diritto di cui sopra compilando il Mod 07 04 02 presso l'ufficio ricoveri e provvedendo al contestuale pagamento a titolo di acconto di **Euro 20.00**.

La tempistica per il rilascio di copia è di 15 giorni lavorativi; l'interessato può richiedere il rilascio in urgenza da effettuarsi entro 5 giorni lavorativi, previo pagamento di **Euro 20.00**.

Al momento del ritiro si procederà al pagamento del saldo secondo le seguenti tariffe:

N° Fogli	Costo copia
<i>Fino a 50</i>	20.00 €
<i>da 51 a 100</i>	25.00 €
<i>da 101 a 200</i>	30.00 €
<i>Oltre 200</i>	50.00 €
Richiesta URGENTE: 20 €	
Per pagamento anticipato in caso di richiesta di spedizione applicare la tariffa di 30.00 euro + 8 Euro di spese di spedizione	

AD USO INTERNO

N. Copie _____

Cartella clinica n° _____

Pagato acconto € _____ in data _____ fattura n° _____

Pagato saldo € _____ in data _____ fattura n° _____

Consegna / Spedizione COPIA IL _____

SIGLA _____