



CASA DI CURA
PRIVATA
VILLA GARDA

Struttura emittente:

DIREZIONE SANITARIA

M

PR.09.01

Tel: 045 6208611
e-mail: cartelle.cliniche@villagarda.it

RICHIESTA COPIA DI CARTELLA CLINICA

La/Il sottoscritta/o _____ nata/o a _____ il ___/___/_____,
residente a _____ Via _____ N° _____ Prov: _____ Cap _____ chiede
che le/gli venga rilasciata copia della Cartella Clinica relativa al/i ricovero/i effettuato/i presso il Reparto di:
1. _____ dal ___/___/_____ al ___/___/_____ Numero _____
2. _____ dal ___/___/_____ al ___/___/_____ Numero _____
Data ___/___/20___ firma _____

N.B. Se la richiesta è inoltrata tramite posta elettronica è obbligatorio allegare la copia del documento d'identità del richiedente. Se la copia della cartella viene ritirata personalmente presso i nostri sportelli è sufficiente esibire documento d'identità.

DELEGA PER IL RITIRO DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

La/Il sottoscritta/o _____ nata/o a _____ il ___/___/_____,
residente a _____ Via _____ N° _____ Prov: _____ Cap _____
delega la/il Signora/e _____ nata/o a _____
il ___/___/_____ residente a _____ Via _____ N° _____ Prov: _____ Cap _____
al ritiro di copia della Cartella Clinica relativa al/i ricovero/i effettuato/i
come sopra specificato liberando con ciò la Casa di Cura Villa Garda Srl da qualsiasi responsabilità.
Data ___/___/20___ firma _____

N.B. Quando la copia della cartella viene ritirata presso i nostri sportelli è sufficiente esibire documento d'identità del delegato.

RICHIESTA COPIA DELLA CARTELLA CLINICA DA PARTE DI EREDI/TUTORI/CURATORI

La/Il sottoscritta/o _____ nata/o a _____ il ___/___/_____,
residente a _____ Via _____ N° _____ Prov: _____ Cap _____ quale:
 Familiare/Parente/Affine avente titolo di Erede Tutore/Curatore
 Genitore/esercente la responsabilità genitoriale del minore
chiede che le/gli venga rilasciata copia della Cartella Clinica della/del Signora/e _____
nata/o il ___/___/_____, residente a _____
Via _____ N° _____ Prov: _____ Cap _____, relativa al/i ricovero/i effettuato/i presso il Reparto di:
1. _____ dal ___/___/_____ al ___/___/_____
2. _____ dal ___/___/_____ al ___/___/_____
Data ___/___/20___ firma _____

N.B. Documenti da esibire/inviare alla richiesta della copia della Cartella Clinica e da allegare in copia agli atti:
 Famigliare/Parente/Affine avente titolo di erede: a) dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante il titolo di erede autenticata in Comune b) documento di identità valido
 Tutore/Curatore: a) provvedimento giudiziale di nomina b) documento di identità valido
 Genitore: documento di identità valido

MODALITÀ' DI RITIRO DELLA CARTELLA

- RITIRA IL PAZIENTE** (FIRMA _____ data _____)
 DELEGA ALTRI (FIRMA DEL DELEGATO _____ data _____)
 DESIDERA RICEVERE PER POSTA ALL'INDIRIZZO _____
 IL RICHIEDENTE HA EFFETTUATO IL PAGAMENTO SI NO