

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

N° copie _____

Relativa al ricovero di _____ nato a _____
il _____ residente in _____
via _____ telefono _____
Data di dimissione _____ Posizione cartella N° _____
Medico curante _____

Spedire al seguente indirizzo: _____

DATI DEL RICHIEDENTE

☐ **intestatario** Doc. (carta identità) N° _____
☐ **persona delegata** COGNOME E NOME _____
nato a _____ il _____ residente in _____
via _____ telefono _____
Doc. N° _____

In caso di richiesta di copia di cartella clinica del figlio minorenne apporre la FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI

FIRMA _____

Il modulo debitamente compilato va presentato in Ufficio Accettazione.

La richiesta della copia di cartella può essere fatta dal diretto interessato o da un delegato (delega scritta) con documento di riconoscimento valido proprio e dell'interessato; nel caso di persona deceduta, il richiedente dovrà presentare un atto sostitutivo di notorietà e documento d'identità valido.

E' opportuno telefonare al centralino della Casa di Cura per avere la conferma che sia pronta.

Tel 051/6246411 – dal lunedì al venerdì preferibilmente dalle 14.30 alle 16,45

Si ricorda che il ritiro potrà essere effettuato dall'interessato presentando un documento d'identità; qualora la copia venga ritirata da una persona diversa dall'interessato, questa dovrà presentare la delega firmata, un proprio documento d'identità valido e un documento d'identità valido del delegante, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 in materia di protezione dei dati personali.

PER RITIRARE LA COPIA DELLA CARTELLA CLINICA ESIBIRE IL PRESENTE MODULO
LA COPIA DELLA CARTELLA CLINICA POTRA' ESSERE RITIRATA PRESSO IL CENTRALINO
DAL LUNEDI' AL VENERDI' preferibilmente DALLE ORE 14.00 ALLE 18.00
E IL SABATO preferibilmente DALLE ORE 9.00 ALLE 12.00

La copia di cartella può essere anche spedita a mezzo posta raccomandata su richiesta dell'interessato e con oneri aggiuntivi a Suo carico.

DELEGA PER IL RITIRO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
e residente a _____ in via _____

DELEGA

Il/la Sig./Sig.ra _____ **al ritiro** della copia di cartella clinica.

Data _____

FIRMA DEL DELEGANTE _____

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO
Villa Laura

Via Emilia Levante 137- 40139 Bologna
Tel. 051 6246411 - Fax. 051 493522
E-mail villalaura@villalaura.it

Direttore Sanitario: Dott. Luca Arfilli

RICHIESTA DI CARTELLA CLINICA

Si precisa che la prima copia della cartella clinica è gratuita, se ritirata personalmente presso la Casa di Cura Villa Laura.

Per richiedere copia della cartella clinica a dimissione avvenuta è necessario compilare ed inviare (mediante fax al n° 051/493522, o lettera, o e-mail richieste.copiecartella@villalaura.it):

1. il modulo allegato compilato,
2. copia di un documento d'identità dell'interessato valido e leggibile,
3. copia di un documento d'identità del delegato (in caso di delega)
4. Solo se si richiede la spedizione a mezzo posta raccomandata, contabile di pagamento di € 20,00 delle spese postali di spedizione.

(Estremi del bonifico bancario):

Causale: COPIA DI CARTELLA CLINICA del SIG./SIG.RA _____
Intestato a: Casa di Cura Villa Laura S.r.l. ,Via Emilia Levante, 137
40139 – BOLOGNA

Coordinate bancarie:
BANCO BPM ag.14 Bologna

COORDINATE BANCARIE IBAN DEL NS. CONTO CORRENTE																			
IBAN				CIN	CODICE BANCA ABI					CODICE SPORTELLO CAB					CONTO CORRENTE				
I	T	7	4	N	0	5	0	3	4	0	2	4	1	0	0	0	0	0	0
															4	5	5	6	