

RICHIESTA E RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA(da consegnare agli sportelli o via email: Ricoveri@pfhospital.it)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato a _____ il _____

Residente in _____ Prov. _____

Via _____ n.c. _____ Tel. _____

In qualità di:

- Intestatario
- Erede dell'Intestatario
- Esercente la patria potestà sull'Intestatario
- Tutore/Curatore/Amministratore di Sostegno dell'Intestatario

Dati dell'Intestatario (non compilare se intestatario della documentazione)

COGNOME _____ NOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____ C.F. _____

Richiedo il rilascio di cartella clinica in copia: **Digitale** **Cartacea**

Ricovero dal _____ al _____ Ricovero dal _____ al _____

Ricovero dal _____ al _____ Ricovero dal _____ al _____

Chiedo che la consegna della documentazione avvenga secondo le seguenti modalità:

- Digitale a mezzo mail al seguente indirizzo _____
- Cartacea con Ritiro allo sportello
- Cartacea tramite il Servizio postale al seguente indirizzo:

DESTINATARIO _____ VIA, NUMERO CIVICO _____

CITTA, PROVINCIA _____ CAP _____

La **prima copia**, se richiesta in formato elettronico, è gratuita; se viene richiesta in formato cartaceo, avrà un costo di €40 (con ritiro agli sportelli di questa struttura), di €50 con invio a mezzo posta.

Ogni **ulteriore richiesta di copia successiva alla prima**, avrà un costo di €30 se in formato elettronico, €40 se cartaceo con ritiro agli sportelli di questa struttura, €50 se cartaceo con invio a mezzo posta.

Il pagamento deve essere effettuato al momento della richiesta direttamente allo sportello o con bonifico bancario al seguente IBAN: **IT 50 Q 06230 12700 000036343959** (indicare Nome e Cognome intestatario cartella clinica nella causale).

Autorizzo espressamente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del GDPR 2016/679.

LUOGO e DATA _____

FIRMA (leggibile) _____

Si allega alla presente fotocopia del documento di identità del richiedente

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO ACCETTAZIONE DEGENZE

Data richiesta _____

Cartella clinica n° _____

Reparto _____

RICHIESTA E RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

DELEGA

Il/La sottoscritto/a _____

Nato a _____ il _____

Residente in _____ Prov. _____

Via _____ n.c. _____

DELEGA

Il/La sig./Sig.a _____

Nato a _____ il _____

Residente in _____ Prov. _____

Via _____ n.c. _____

ALLA RICHIESTA e RITIRO

della seguente documentazione:

Autorizza espressamente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del GDPR 2016/679.

LUOGO e DATA

FIRMA (leggibile) DEL DELEGANTE

Si allega alla presente fotocopia del documento di identità del delegante.