



Casa di Cura  
VILLA AURORA S.p.A.

MODULO  
RICHIESTA CARTELLA CLINICA



MODULO CARTELLA  
Edizione 1 rev.2 del 15.07.2017

Spett.le  
Direzione sanitaria  
Casa di Cura Villa Aurora  
**Fax 0742-358686**

**OGGETTO: RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA**

*Intestatario della cartella*

Cognome: ..... Nome: .....  
Nato/a a: ..... Prov: ..... il ...../...../.....  
Indirizzo: ..... Città: .....  
Cap: ..... Prov: ..... Recapito telefonico: .....

*Richiedente (compilare solo se persona diversa dall'intestatario)*

Cognome: ..... Nome: .....  
Nato/a a: ..... Prov: ..... il ...../...../.....  
Indirizzo: ..... Città: .....  
Cap: ..... Prov: ..... Recapito telefonico: .....

*Consapevole che ai sensi del D.P.R. 445/2000, in caso di false dichiarazioni accertate dall'amministrazione procedente, verranno applicate le sanzioni penali previste e che i cittadini extracomunitari possono dichiarare solo fatti, stati e qualità certificabili ovvero attestabili da parte di soggetti pubblici italiani, ed a conoscenza che il trattamento dei dati personali è disciplinato ai sensi del D.lgs. 196/2003 e s.i.m.,*

**DICHIARA DI ESSERE**

- **Delegato** (allegare modulo per delega e documento di identità del delegante)
- **Erede legittimo** del sig./sig.ra \_\_\_\_\_ (allegare documentazione)
- **Genitore esercente la potestà genitoriale**
- **Tutore** (allegare copia dell'atto di nomina)
- **Amministratore di sostegno** (allegare copia del decreto di nomina del Giudice Tutelare)
- **Medico di base**
- **Perito d'ufficio** (allegare copia di conferimento dell'incarico ed autorizzazione all'acquisizione di documentazione sanitaria da parte del Giudice)

CHIEDE COPIA DELLA CARTELLA CLINICA RELATIVO AL RICOVERO IN CODESTA CASA DI CURA DAL  
\_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

**Consegna:**

- ALLO SPORTELLO
- SPEDIZIONE POSTALE ALL'INDIRIZZO DEL RICHIEDENTE

**Modalità di pagamento**

- PAGAMENTO ANTICIPATO AL MOMENTO DELLA RICHIESTA (€ 20,00)
- PAGAMENTO AL MOMENTO DEL RITIRO (€ 20,00)
- IN CONTRASSEGNO AL RICEVIMENTO DELLA COPIA CARTELLA CLINICA (€ 20,00 + spese postali)

Data .....

Firma .....

(ALLEGARE FOTOCOPIA DOCUMENTO D'IDENTITA' VALIDO DEL PAZIENTE E DEL DELEGATO)

CONSEGNATA A ..... DOCUMENTO N. ....

DATA ..... FIRMA ADDETTO CONSEGNA .....