

RICHIESTA di COPIA di DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Alla Direzione Sanitaria del Marrelli Hospital
(powered by Marrelli Health S.r.l.)
Via G. da Fiore, 5 – 88900 Crotone (KR)

Il sottoscritto:

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____ Documento di identità

_____ n° _____ Rilasciato da _____

Telefono _____ Email _____

Consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 del d.p.r. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA DI ESSERE

- ☐ **Intestatario della documentazione sanitaria** (per richieste inoltrate via fax 0962.963060 o e-mail cartella.clinica@marrellihospital.it allegare copia del documento d'identità)
- ☐ **Genitore esercente la patria potestà** (allegare copia del documento di identità)
- ☐ **Tutore** (allegare copia della sentenza attestante lo stato di tutore e copia del documento di identità)
- ☐ **Erede che agisce in nome e per conto degli altri coeredi** (allegare copia del documento di identità)

Dell'intestatario della documentazione sanitaria di seguito indicato (solo se soggetto diverso dal richiedente):

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

CHIEDE

- ☐ n° _____ copie della cartella clinica al periodo di ricovero dal _____ al _____
- ☐ n° _____ copie della cartella clinica al periodo di ricovero dal _____ al _____
- ☐ Con esame radiologico

PROVVEDERÀ AL RITIRO CON LE SEGUENTI MODALITÀ:

- ☐ Provvederà personalmente al ritiro della documentazione richiesta
- ☐ Nell'impossibilità di potervi provvedere personalmente:
- ☐ delega al ritiro compilando la sottostante sezione "DELEGA AL RITIRO"
- ☐ chiede che la documentazione venga spedita tramite posta raccomandata all'indirizzo presente

in cartella clinica o al seguente indirizzo:

Per ricevere l'avviso di ritiro/spedizione della documentazione clinica richiesta, È

INDISPENSABILE indicare qui di seguito il numero di cellulare: _____

Il sottoscritto ai sensi del D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Data _____

Firma _____

Di norma la copia della documentazione sanitaria è pronta in circa 30 giorni dalla domanda. In taluni casi, per consentire le prassi di chiusura della cartella clinica o ambulatoriale da parte del personale di reparto, potrebbe intercorrere un tempo maggiore. Il costo per il rilascio della documentazione sanitaria è di €. 60,00 per l'eventuale spedizione il costo è di €. 70,00. L'importo è da intendersi per ciascuna copia.

DELEGA AL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Si ricorda che la documentazione sanitaria richiesta, in assenza di compilazione del presente modulo di delega al ritiro, non sarà consegnato se non all'interessato.

Per il ritiro della documentazione sanitaria richiesta è indispensabile presentarsi muniti di documento di identità in corso di validità.

Data _____

Il/La sottoscritto/a: Cognome _____ Nome _____

DELEGA

Il/La Sig./Sig.ra: Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ Pr. _____ il _____

Tipo e documento di identità n° _____

Al ritiro della documentazione sanitaria, previa esibizione del documento d'identità.

Data _____ Firma _____

RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

In data odierna il Sig./la Sig.ra _____ ha ritirato la
documentazione sanitaria.

Data _____ Firma _____