VILLA ESPERIA
CASA DI CURA
CASA DI CURA DI RIABILITAZIONE SPECIALISTICA

Mod. 7.4.15 - MODULO DI RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

Spettabile
CASA DI CURA VILLA ESPERIA
Direzione Sanitaria

Data _____

Con la presente, io sottoscritto/a:

Cognome _____

Nome _____

Nato/a a: _____ **il** _____

ricoverato/a presso la Casa di Cura dal _____ al _____

chiedo fotocopia della mia Cartella Clinica.

MODALITA' DI CONSEGNA:

[ ] RITIRO PERSONALE PRESSO UFFICIO ACCETTAZIONE (avvisare telefonicamente)

[ ] RITIRO DA PERSONA DELEGATA (cognome _____ nome _____)

[ ] A MEZZO RACCOMANDATA* al seguente indirizzo:

Città - Via _____

CAP - Prov. _____

* in questo caso, inoltre, ai sensi dell'art.13 del D.Lgs 196/2003, che regola il trattamento dei dati personalli, dichiaro consapevolmente di accettare che il recapito dei suddetti referti clinici avvenga secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale che prevede la consegna anche a persona diversa dal destinatario presente al domicilio (es: familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc.)

In fede _____

FIRMA DI AUTORIZZAZIONE A PREDISPORRE COPIA CC:

Il Direttore Sanitario: Dr.ssa Adele Andriulo _____

Data _____ **Firma per ritiro** _____

Informazioni per RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

Come effettuare la richiesta:
- direttamente presso l'ufficio Accettazione della Casa di Cura
- via fax al numero 0383/91209
- a mezzo posta a: Casa di Cura Villa Esperia, Direzione Sanitaria, Viale dei Salici n°35, 27052 Salice Terme PV avendo cura di compilare l'apposito modulo a cui deve essere allegata copia del documento d'identità

Come ritirare la copia richiesta:
- presso lo sportello Accettazione (dalle ore 09:00 alle ore 19:30 dal lunedì al venerdì) **dall'intestatario** presentando un documento d'identità o da delegato presentando fotocopia del documento di riconoscimento del delegante.
- a mezzo posta raccomandata all'indirizzo specificato nella richiesta.

Tempi
Il personale dell'Ufficio Accettazione avviserà telefonicamente per comunicare la disponibilità del duplicato.

Quanto costa
- € 50,00 costo Cartella Clinica (esenti IVA art. 10/18)
- € 10,00 spese spedizione a mezzo raccomandata (comprensivo di IVA 20%)

Come effettuare il pagamento:
- per richieste effettuate di persona il pagamento avviene contestualmente presso l'Ufficio Accettazione
- tramite Vaglia Postale intestato a: Casa di Cura Villa Esperia - Viale dei Salici n°35 - 27052 Salice Terme PV, avendo cura di riportare la seguente causale "per richiesta fotocopia Cartella Clinica del Sig/Sig.ra ....."
- tramite Bonifico Bancario **IBAN: IT89 K 05048 55900 000000001194** avendo cura di riportare la seguente causale "per richiesta fotocopia Cartella Clinica del Sig/Sig.ra ....."

N.B. affinchè la richiesta di fotocopia Cartella Clinica sia evasa, è necessario inoltrare:
1) modulo di richiesta debitamente compilato
2) ricevuta di pagamento
3) fotocopia documento identità intestatario