



- Pisa - Presidio autonomo di chirurgia ambulatoriale e Day Surgery
 La Spezia - Casa di Cura "Alma Mater"
 Livorno - Casa di Cura "Villa Tirrena"

MODULO RICHIESTA COPIA DI CARTELLA CLINICA/DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/La sottoscritto/a _____

E-mail (PEC) _____ telefono _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____

In qualità di: INTESTATARIO DELEGATO GENITORE TUTORE

Di (dati personali paziente): Sig./Sig.ra _____

Nato/a a _____ il _____

RICHIEDO COPIA CONFORME DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

- CARTELLA/E CLINICA/CHE RELATIVA/E AL/I RICOVERO/I DEL: _____
 - REFERTO/I RELATIVO/I ALLA/E SEGUENTE/I PRESTAZIONE/I: _____
- _____ DEL: _____

Richiedo che la consegna avvenga con le seguenti modalità:

<u>Modalità</u>	<u>Spesa spedizione</u>	
Ritiro personale	€ 0	La delega (Modulo 36,1) deve essere accompagnata da originale oppure fotocopia del documento di identità del delegante e da documento identificativo del delegato.
Ritiro da persona delegata	€ 0	
A mezzo posta raccomandata	€ 10,00	La copia conforme sarà consegnata entro 7 giorni lavorativi.
Via posta elettronica PEC *		
indirizzo _____		

* **via posta elettronica** unicamente da PEC aziendale a PEC personale (in questo caso, per verifica, la richiesta deve essere ulteriormente inviata tramite posta PEC dopo il disbrigo della pratica amministrativa)

Il/La sottoscritto/a dichiara consapevolmente di accettare che il recapito della suddetta documentazione sanitaria avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale, che prevede la consegna della **Posta Raccomandata** anche a persona diversa dal destinatario presente nel domicilio (es. familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc.);

Data _____

Firma _____

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto la/e copia/e della/e cartella/e cliniche richiesta/e

Data _____

Firma _____