

<b>Cartella clinica n°</b> <i>(a cura della Casa di Cura)</i>	<b>Nominativo:</b>	
<b>Presenza in clinica:</b>	dal:	al:

**Al Direttore Sanitario**

Data richiesta: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto

Nato/a a: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_

estremi di un documento:

richiede a codesta Casa di Cura copia della cartella clinica.

Autorizzazione spedizione postale: sì  no  **INDIRIZZO PEC** \_\_\_\_\_

Al seguente indirizzo: \_\_\_\_\_

La cartella è stata inviata in data \_\_\_\_\_ con Raccomandata n° \_\_\_\_\_

Firma

**DELEGA:**

Il sottoscritto

Autorizza l'amministrazione di Villa Salaria a rilasciare copia della propria cartella clinica

al sig.

Estremi di un documento del delegato

Estremi di un documento del delegante

Firma del Delegante

Firma Delegato

Data della consegna: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Ha ricevuto dalla Casa di Cura Villa Salaria copia della Cartella Clinica.

Firma

La richiesta della cartella clinica può essere fatta al momento della dimissione o dopo la dimissione tramite fax o email a: [accettazione@villasalaria.com](mailto:accettazione@villasalaria.com) o fax 06.8860442 con il presente modulo. La Direzione della Casa di Cura si impegna al rilascio della cartella clinica entro venti giorni lavorativi dalla data della richiesta.

**N.B. La persona delegata deve presentare:**

1. Proprio documento di riconoscimento
2. originale o fotocopia del documento di riconoscimento del delegante

**Il costo della PRIMA copia di cartella è di €40.00.** Il costo delle copie successive è di €15,00.

Per l'invio postale il costo è di ulteriori €5.00. Coordinate bancarie per bonifico: IBAN: IT76D0306905106100000012438 intestato a Villa Salaria S.r.l con causale "COPIA CARTELLA".

**Il ritiro può essere effettuato solo ed esclusivamente il LUN – MER – VEN dalle h 15.30 alle h 18.30**