



CASA DI CURA
PRIVATA
VILLA GARDA

Struttura emittente:

DIREZIONE SANITARIA

M

PR.09.01

Tel: 045 6208611
e-mail: cartelle.cliniche@villagarda.it

RICHIESTA COPIA DI CARTELLA CLINICA

La/Il sottoscritto/a _____ nata/o a _____ il ____/____/_____,
residente a _____ Via _____ N° _____ Prov: _____ Cap _____ chiede
che le/gli venga rilasciata copia della Cartella Clinica relativa al/i ricovero/i effettuato/i presso il Reparto di:

1. _____ dal ____/____/_____ al ____/____/_____ Numero _____
2. _____ dal ____/____/_____ al ____/____/_____ Numero _____

Data ____/____/20 ____ firma _____

N.B. Se la richiesta è inoltrata tramite posta elettronica è obbligatorio allegare la copia del documento d'identità del richiedente. Se la copia della cartella viene ritirata personalmente presso i nostri sportelli è sufficiente esibire documento d'identità.

DELEGA PER IL RITIRO DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

La/Il sottoscritto/a _____ nata/o a _____ il ____/____/_____,
residente a _____ Via _____ N° _____ Prov: _____ Cap _____
delega la/il Signora/e _____ nata/o a _____
il ____/____/_____ residente a _____ Via _____ N° _____ Prov: _____ Cap _____
al ritiro di copia della Cartella Clinica relativa al/i ricovero/i effettuato/i
come sopra specificato liberando con ciò la Casa di Cura Villa Garda Srl da qualsiasi responsabilità.

Data ____/____/20 ____ firma _____

N.B. Quando la copia della cartella viene ritirata presso i nostri sportelli è sufficiente esibire documento d'identità del delegato.

RICHIESTA COPIA DELLA CARTELLA CLINICA DA PARTE DI EREDI/TUTORI/CURATORI

La/Il sottoscritto/a _____ nata/o a _____ il ____/____/_____,
residente a _____ Via _____ N° _____ Prov: _____ Cap _____ quale:

- ☐ Familiare/Parente/Affine avente titolo di Erede ☐ Tutore/Curatore
☐ Genitore/esercente la responsabilità genitoriale del minore

chiede che le/gli venga rilasciata copia della Cartella Clinica della/del Signora/e _____

nata/o il ____/____/_____, residente a _____

Via _____ N° _____ Prov: _____ Cap _____, relativa al/i ricovero/i effettuato/i presso il Reparto di:

1. _____ dal ____/____/_____ al ____/____/_____
2. _____ dal ____/____/_____ al ____/____/_____

Data ____/____/20 ____ firma _____

N.B. Documenti da esibire/inviare alla richiesta della copia della Cartella Clinica e da allegare in copia agli atti:
☐ Familiare/Parente/Affine avente titolo di erede: a) dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante il titolo di erede autenticata in Comune b) documento di identità valido
☐ Tutore/Curatore: a) provvedimento giudiziale di nomina b) documento di identità valido
☐ Genitore: documento di identità valido

MODALITÀ' DI RITIRO DELLA CARTELLA

- ☐ **RITIRA IL PAZIENTE** (FIRMA _____ data _____)
☐ **DELEGA ALTRI** (FIRMA DEL DELEGATO _____ data _____)
☐ **DESIDERA RICEVERE PER POSTA ALL'INDIRIZZO** _____
☐ **IL RICHIEDENTE HA EFFETTUATO IL PAGAMENTO** ☐ SI ☐ NO