



**MODULO RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA,
REFERTI, CERTIFICAZIONI**

MOD/04/ACC

Rev 2/2017

Pagina 1

IO SOTTOSCRITTO

COGNOME

NOME

LUOGO E DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE

RECAPITO TELEFONICO

E-MAIL

RICHIEDO:

COPIA CARTELLA CLINICA (RICOVERO DAL ___/___/_____ AL ___/___/_____)

REFERTI **CERTIFICATI, SECONDO LE SEGUENTI MODALITA':**

RILASCIO allo sportello

RACCOMANDATA A/R

E-MAIL

COSTI COPIA CARTELLA CLINICA: € 22,00 (ritiro allo sportello/e-mail) € 30,00 (spedizione A/R)

- BONIFICO BANCARIO: BCC IT29C0832703398000000014825

DA COMPILARE SOLO PER RACCOMANDATE A/R:

DESTINATARIO (solo per raccomandate)

VIA/PIAZZA,NUMERO CIVICO

CITTA',PROVINCIA

CAP

1. Io sottoscritto dichiaro di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.

2. Io sottoscritto dichiaro 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 anche a persona diversa dal destinatario presente nel domicilio (es. familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc).

3. Ai sensi del D.Lgs 196/2003, io sottoscritto dichiaro di essere informato che il trattamento dei dati personali sarà effettuato, anche con mezzi informatici, ai fini del presente procedimento e che il titolare del trattamento dei dati è la Casa di Cura San Feliciano.

La richiesta di accesso ai dati ai sensi dell'art. 7 del suddetto D.Lgs, può essere rivolta al titolare o al responsabile del trattamento a mezzo del recapito in indirizzo. FIRMA (ANCHE PER ATTESTAZIONE DEI PUNTI 1,2 E 3)

IMPORTANTE PER RICHIESTE ONLINE: allegare copia controfirmata di un documento di riconoscimento fronte/retro e copia del bonifico. IN ASSENZA, LA RICHIESTA NON SARA' EVASA

Data ___/___/_____

FIRMA _____