

# MODULO RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

Il presente modulo, compilato e firmato, insieme a una copia fronte/retro controfirmata di un documento valido di identità, deve essere inviato via e-mail a [accettazione.va@sanfelicianoroma.it](mailto:accettazione.va@sanfelicianoroma.it)

## DATI PAZIENTE

COGNOME

NOME

LUOGO E DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE

RECAPITO TELEFONICO

E-MAIL

## DATI RICHIEDENTE (se diverso dal paziente)

In caso di rappresentanza/tutoraggio: consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti ex art. 76 del D.P.R. 445/2000, se del caso, previa esibizione di adeguata documentazione dimostrativa di valore legale.

COGNOME

NOME

LUOGO E DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE

RECAPITO TELEFONICO

E-MAIL

### IN QUALITÀ DI

GENITORE ESERCENTE LA PATRIA POTESTÀ

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

TUTORE

EREDE LEGITTIMO

CURATORE

ALTRO .....

## per il proseguimento delle cure successive al ricovero

### RICHIEDO

COPIA CARTELLA CLINICA N. .... (RICOVERO DAL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ AL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)

COPIA CARTELLA CLINICA N. .... (RICOVERO DAL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ AL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)

COPIA CARTELLA CLINICA N. .... (RICOVERO DAL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ AL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)

(segue)

## MODULO RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

### MODALITÀ DI CONSEGNA E COSTI

- FORMATO CARTACEO - €22,00 per documento + €8,00 per le spese di spedizione**  
SPEDIZIONE CON CORRIERE ESPRESSO AL SEGUENTE INDIRIZZO  
PAGAMENTO IN CONTRASSEGNO AL CORRIERE AL MOMENTO DELLA CONSEGNA

### INDIRIZZO DI SPEDIZIONE

DESTINATARIO

VIA/PIAZZA, NUMERO CIVICO

CITTÀ, PROVINCIA

CAP

- FORMATO DIGITALE - €22,00 per documento**  
FILE PDF FIRMATO DIGITALMENTE SCARICABILE AL LINK INVIATO VIA E-MAIL  
PAGAMENTO CON CARTA DI CREDITO/BONIFICO BANCARIO SEPA TRAMITE LINK INVIATO VIA MAIL

### INDIRIZZO E-MAIL

- 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.
- 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).
- 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 San Feliciano Srl. 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)

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

FIRMA\_\_\_\_\_