

Intestatario della cartella clinica

Cognome : _____ Nome: _____ Luogo di nascita: _____ Data di nascita: __/__/__

Indirizzo di residenza: _____

U.O. di degenza: Psichiatria T.I.G.C.A. Neuroriabilitazione cod. 75

Richiedente terzo munito di delega autenticata da notaio o altro pubblico ufficiale

Io sottoscritto/a [nome] _____ [cognome] _____, nato a _____ [Prov.] _____ il __/__/_____, residente in [Città] _____ [Prov.] _____ (CAP _____) alla via _____, n. _____, telefono: _____, munito di valida delega rilasciata dall'intestatario della cartella clinica ed autenticata da (specificare l'identità del Notaio o di altro Pubblico Ufficiale) _____

CHIEDO

che mi venga rilasciata, a mie spese e conformemente a quanto indicato nell'atto di delega, copia della cartella clinica relativa:

- all'ultimo ricovero fruito presso questa Casa di Cura dal __/__/____ al __/__/____
 a tutti i ricoveri fruiti presso questa Casa di Cura
 a n. _____ ricoveri nei periodi dal __/__/____ al __/__/____, dal __/__/____ al __/__/____, dal __/__/____ al __/__/____, dal __/__/____ al __/__/____

Per quanto attiene alla consegna:

- provvederò personalmente al ritiro in qualità di delegato;
 chiedo che la copia venga trasmessa, a mezzo del servizio postale con plico raccomandato, presso il mio domicilio al seguente indirizzo

Io sottoscritto ai sensi del R. UE 2016/679 e del D. Lgs 2018/101 (Codice Privacy) acconsento a che i miei dati personali siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli obbligatori adempimenti previsti dalla legge.

Lecce, li __/__/_____ Firma _____

(*) Allegare copia dell'atto di delega rilasciata dall'intestatario della cartella clinica autenticata nelle forme di legge e documento d'identità

Per impossibilità della sottoscrizione

L'istanza e le dichiarazioni sono state rese verbalmente, dinanzi all'operatore incaricato, Sig./Sig.ra _____, previo riconoscimento dell'identità personale del richiedente che dichiara

- di non saper firmare di non poter firmare per il seguente motivo _____

Firma dell'incaricato _____

ANNOTAZIONI

- La cartella può essere fotocopiata e se ne autorizza il rilascio
 La cartella non può essere fotocopiata e non si autorizza il rilascio per il seguente motivo _____

Firma del Direttore Sanitario _____

ha pagato € _____ Fattura n. _____ Firma dell'addetto _____

La copia della cartella è stata:

consegnata al richiedente in data _____ Firma per ricevuta _____

spedita in data _____ Firma dell'operatore _____

✓ La copia della cartella clinica non potrà essere rilasciata prima della dimissione dell'interessat_ da questa Casa di Cura; la richiesta verrà evasa nel più breve tempo possibile e comunque entro 30 giorni dal ricevimento della presente richiesta. Tale termine verrà prorogato di ulteriori 15 giorni per comprovati impedimenti. La stessa potrà essere ritirata nei seguenti orari:

- **Mattina (escluso i festivi) – ore 08.00 → 13.30**

L'Amministrazione ha fissato il costo delle cartelle cliniche come appresso indicato, incrementato – ove richiesto – delle spese di spedizione in base al volume delle cartelle cliniche:

- **Cartella Reparto Psichiatria (singolo ricovero) € 20.00 + € 10.00 per eventuale spedizione;**

- **Cartella Reparto T.I.G.C.A. e Reparto Neuroriabilitazione cod. 75 € 70.00 per ogni ricovero + eventuali spese di spedizione**