

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 esercente la potestà genitoriale o legale

Noi sottoscritti [nome] _____ [cognome] _____,
[nome] _____ [cognome] _____,
telefono: _____, in qualità _____
del minore _____

CHIEDIAMO

che venga rilasciata, a nostre spese, 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

Per quanto attiene alla consegna:

- provvederemo personalmente al ritiro, salvo delega a persona successivamente designata;
 deleghiamo il/la Sig./Sig.ra _____ (che al momento del ritiro esibirà
valido documento di identità);
 chiediamo che la copia venga trasmessa, a mezzo del servizio postale con plico raccomandato, al seguente indirizzo

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

Lecce, lì __/__/____ Firma _____ Firma _____

(*) allegare

- a) certificato di stato di famiglia nel caso trattasi di genitore ovvero decreto di nomina del Giudice Tutelare nel caso trattasi di tutore**
b) documento di 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 dei richiedenti che dichiarano

- 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**