

**Intestatario della cartella clinica**

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_ Luogo di nascita: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_/\_\_/\_\_

Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_

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

**Richiedente intestatario della cartella**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
intestatario della cartella clinica e meglio sopra generalizzato/a

**CHIEDO**

che mi venga rilasciata, a mie 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  
\_\_/\_\_/\_\_\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_\_\_, dal \_\_/\_\_/\_\_\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Per quanto attiene alla consegna:**

provvederò personalmente al ritiro, salvo delega a persona da me successivamente designata;

delego al ritiro il sig. / la sig.ra \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_, che avrà l'obbligo di esibire il proprio documento d'identità

chiedo che la copia venga trasmessa, a mezzo del servizio postale con plico raccomandato, presso il mio domicilio al  
seguito 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, lì \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**(\*) allegare 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 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**