



Cartella Clinica: richiesta copia

Io sottoscritto/a

(nome).....(cognome).....

Nato/a il A |Prov.....

Stato di nascita | codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residente a | Prov..... | CAP.....

Via | n.....

Telefono

e-mail (facoltativo)

DICHIARO DI ESSERE - barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste

☐ il diretto interessato

☐ tutore

☐ curatore

☐ amministratore di sostegno

Di (nome)..... | (cognome).....

Nato/a il A |Prov.....

☐ erede

Di (nome)..... | (cognome).....

Nato/a il A | deceduto/a il | a.....

N.B. In questo caso è necessario allegare copia dell'Atto di Notorietà

CHIEDO LA COPIA DELLA CARTELLA CLINICA - barrare la casella e scrivere le informazioni richieste

☐ in formato cartaceo

☐ in formato digitale

Del ricovero presso Valparma Hospital di Langhirano (Pr), nel reparto di

Dal..... | al..... | n. copie richieste.....

nel reparto di

Dal..... | al..... | n. copie richieste.....



SCELGO DI *barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste*

- ☐ ritirare la copia cartacea di persona negli uffici di Valparma Hospital
- ☐ fare ritirare la copia cartacea a una persona delegata (*nome cognome*)
- ☐ ricevere la copia cartacea per posta, con spese postali a mio carico, all'indirizzo (*specificare solo se diverso da quello indicato*)
Via.....
Comune.....CAP.....| Prov.....
- ☐ ricevere la copia digitale a questo indirizzo di posta elettronica certificata personale – PEC (*specificare*)
.....

ACCETTO DI

- Pagare in anticipo la tariffa base di 35, 00 euro per ogni copia richiesta e consegnata di persona
- Pagare quanto dovuto per la spedizione della copia a domicilio, se non l'avrò ritirata entro 90 giorni dalla mia richiesta (pagamento in contrassegno postale per mancato ritiro)

ALLEGRO

- La copia di un documento d'identità in corso di validità
- Copia atto di notorietà in caso di richiesta copia per paziente deceduto

SONO CONSAPEVOLE CHE

Le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal Codice Penale e della Leggi speciali in materia (D.P.R. n. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). Valparma Hospital effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla Legge.

Data.....| firma (*per esteso e leggibile*).....

DICHIARAZIONE DI RITIRO COPIA CARTELLA CLINICA

Io Sottoscritto/a in data|....|.... Ha effettuato il
ritiro della copia della cartella clinica del Sig....., ☐ come da delega ricevuta.

In Fede

.....

N.B. Al momento del ritiro di copia di cartella clinica da parte di un soggetto delegato, questi deve esibire il documento di identità e consegnare fotocopia del documento d'identità dell'intestatario della cartella clinica.