

RICHIESTA COPIA DI CARTELLA/DOCUMENTAZIONE CLINICA

INTESTATARIO DELLA CARTELLA/DOCUMENTAZIONE CLINICA

Cognome _____ Nome _____
nato a _____ Prov. di _____ il _____
Indirizzo _____ n. _____ Città _____
CAP _____ Recapito telefonico _____
Cod. Fiscale _____

RICHIEDENTE (Compilare solo se persona diversa dall'intestatario)

Cognome _____ Nome _____
nato a _____ Prov. di _____ il _____
Indirizzo _____ n. _____ Città _____
CAP _____ Recapito telefonico _____
Cod. Fiscale _____

consapevole delle responsabilità di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA DI ESSERE

- Genitore esercente la patria potestà
- Tutore *
- Curatore *
- Amministratore di sostegno*
- Erede (che agisce in nome e per conto degli altri coeredi)

* Allegare provvedimento di nomina dell'Autorità Giudiziaria

RICHIEDE

COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE DELLA CARTELLA / DOCUMENTAZIONE CLINICA

- relativa al ricovero avvenuto presso la Struttura Osmairm Srl
- relativa alle prestazioni a carattere ambulatoriale eseguite nel periodo temporale
intercorrente dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____ presso la Struttura Osmairm Srl

COSTI, TIPOLOGIA DI PAGAMENTO E SPEDIZIONE

Il costo della cartella clinica é di €30,00 (trenta euro/00) se le pagine sono da 1 a 60, con un supplemento di 20 centesimi per ogni foglio dal 61° in poi.

Il pagamento relativo alla cartella clinica verrà effettuato in contrassegno al momento della ricezione della stessa e le spese di spedizione sono a carico del destinatario.

Il sottoscritto autorizza ai sensi e per gli effetti degli art. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei dati personali forniti per le finalità indicate.

Data _____

Firma _____ (Allegare documento d'identità)