

Trieste, _____

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ residente in _____ c.a.p. _____
indirizzo _____ telefono _____
ricoverato/a dal _____ al _____ nel reparto di _____ n° ric. _____
ricoverato/a dal _____ al _____ nel reparto di _____ n° ric. _____

chiede

- copia della **cartella clinica provvisoria** contenente la documentazione sanitaria disponibile entro 7 giorni dalla data della richiesta
- copia della **cartella clinica completa** entro 30 giorni dalla data della richiesta

con la seguente modalità e costi:

- invio tramite **POSTA PRIORITARIA** di fotocopia di cartella clinica per un costo pari a €19,00 (€15,57+IVA) per ogni singola cartella
- consegna diretta **A MANI** di fotocopia di cartella clinica, per motivi di reale necessità di riservatezza, per un costo pari a €19,00 (€15,57+IVA) per ogni singola cartella

DELEGA il/la signor/a _____ nato a _____
il _____ residente in _____ c.a.p. _____
indirizzo _____ telefono _____
a richiedere il rilascio di fotocopia di cartella clinica

Documento d'identità del richiedente _____

Documento d'identità del delegato _____

All'atto del ritiro il delegato deve esibire il Documento d'Identità del delegante o sua fotocopia.

Firma del richiedente _____

Spazio riservato agli operatori:

Copia di cartella clinica composta da n. fogli _____ eseguita da _____ in data _____