

N. cartella

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il ___/___/___

residente in _____ via _____ n° _____ CAP _____

Cod. Fisc. _____

telefono fisso _____ telefono cell _____

e-mail _____

Firmare al momento della richiesta

data ___/___/___ firma _____

-
- Richiede il rilascio della copia conforme della propria cartella clinica relativa ai seguenti ricoveri:

dal ___/___/___ al ___/___/___ dal ___/___/___ al ___/___/___ dal ___/___/___ al ___/___/___

SC/SS _____ SC/SS _____ SC/SS _____

-
- Delega a ritirare, per suo conto, la copia conforme della cartella clinica il sig. / la sig.
- ^{ra}

Cognome _____ Nome _____

-
- Richiede che la stessa gli venga spedita, a mezzo posta raccomandata con ricevuta di ritorno, al seguente indirizzo:

Via _____ n° _____ CAP _____

Località _____ Prov _____

Parte da compilare al momento del ritiro di persona della copia conforme della cartella clinica

data ___/___/___ firma _____

Il **ritiro** di persona della copia conforme della cartella clinica potrà avvenire esclusivamente, dietro presentazione di un documento di identità IN CORSO DI VALIDITA' o sua fotocopia**dal Lunedì al Venerdì dalle 14.00 alle 15.00** presso il CUP - tel: 011-5294306Per il trattamento dei Suoi dati personali, vedasi l'informativa Ritiro Esami e Cartelle Cliniche, presente sul sito web <https://www.ospedalecottolengo.it/> - Chi Siamo – Privacy.

Il rilascio della copia della cartella clinica è a pagamento. Per ricoveri in Day Hospital / Day Surgery / Chirurgia Ambulatoriale è di 15€. Per Ricovero Ordinario il costo è di 20€. Il costo della spedizione è di 10€. Il pagamento deve avvenire tramite bonifico bancario.

INTESTAZIONE: Piccola Casa della Divina Provvidenza G. Cottolengo – Presidio Sanitario – Via Cottolengo, 9 – Torino.

BANCA: Unicredit Spa. FILIALE: Arsenale. IBAN: IT 47 Z 02008 01140 000003345915

CAUSALE: richiesta copia documentazione clinica - Nome e Cognome del paziente