

N. cartella

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il ___/___/___

residente in _____ via _____ n° _____ Cap _____

Cod. Fisc. _____

Telefono _____ 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

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 €. Per i Ricoveri Ordinari antecedenti all'anno 2006, il costo è di 24 €. 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:** Via XX Settembre, 31.

IBAN: IT 84 E 02008 01046 000003345915

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

PER INFORMAZIONI: Tel: 011 5294.306 - E-mail: documentazione.sanitaria@ospedalecottolengo.it