

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 cartella clinica per il/la paziente:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

SC/SS \_\_\_\_\_ SC/SS \_\_\_\_\_ SC/SS \_\_\_\_\_

in qualità di <sup>1</sup>:  erede  genitore  tutore  convivente<sup>2</sup>

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 della copia conforme della cartella clinica**

data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

La **richiesta** e il **ritiro** della copia conforme della cartella clinica potranno avvenire esclusivamente, dietro presentazione di un documento di identità **IN CORSO DI VALIDITA'** o sua fotocopia del richiedente e del paziente

**dal Lunedì al Venerdì dalle 14.00 alle 15.00** presso il CUP - tel: 011-5294306

Per 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

<sup>1</sup> DPR n. 45 del 28.12.2000