

MODULO PER IL RITIRO DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

- DUPLICATI PRONTO SOCCORSO** **COPIA CD RADIOLOGIA**
 ALTRO _____

- P.O SIRAI CARBONIA** **P.O CTO IGLESIAS**

Prot. n. _____ **del** _____

Il/la sottoscritto/a _____ **nato a**

Prov. (____) **il** ____/____/____ **residente a** _____ **via** _____

n° _____ **Cap** _____ **Telefono** _____ **email** _____

RITIRA

IN QUALITA' DI:

- Intestatario della cartella clinica
- Tutore
- Amministratore di sostegno
- Genitore esercente la patria potestà
- Curatore
- Erede (che agisce in nome e per conto degli altri coeredi) (nominato nel testamento)
- Altro _____

COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA RICHIESTA IN DATA _____

RIFERIMENTO PROT. N. _____ **DEL** _____

DEL SIG./SIG.RA _____

MINORE _____

nato a _____ **Prov.** (____) **il** ____/____/____ **residente a** _____

via _____ **n°** _____

TIPO E N. DOCUMENTO _____ **RILASCIATO DA** _____ **IN DATA** _____

DATA ____/____/____

FIRMA DEL RICEVENTE LA DOCUMENTAZIONE _____

FIRMA addetto Amm.vo _____

PER IL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA DA PARTE DI TERZI E' INDISPENSABILE LA DELEGA FIRMATA IN ORIGINALE DA PARTE DEL TITOLARE DELLA STESSA DA PRESENTARE UNITAMENTE ALLA COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' VALIDO DEL DELEGANTE E DEL DELEGATO.

LA DOCUMENTAZIONE POTRA' ESSERE RITIRATA PREVIO PAGAMENTO DEI COSTI DI DIRITTO DI ACCESSO DI CUI ALL'ALLEGATO C DELLA DELIBERA COMMISSARIO STRAORDINARIO ATS SARDEGNA N. 163 DEL 24/12/2020, CON LE SEGUENTI MODALITA':

- PRESSO GLI SPORTELLI CUP DEL P.O. C.TO. E DEL P.O. SIRAI

- VERSAMENTO SU C/C POSTALE N. IT89Y0760104800001058738293 "copia documentazione sanitaria più spese postali"

- BONIFICO BANCARIO su Banco di Sardegna IBAN – IT90B010154385000070783298 "copia documentazione sanitaria più spese postali"

UFFICI CARTELLE CLINICHE: IGLESIAS P.O. C.T.O. TEL. 07813922710 - CARBONIA P.O. SIRAI - TEL. 07816683373