

# MODULO RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

Il presente modulo, compilato e firmato, insieme a una copia fronte/retro controfirmata di un documento valido di identità, deve essere inviato via e-mail a [accettazione@sanfelicianoroma.it](mailto:accettazione@sanfelicianoroma.it)

## DATI PAZIENTE

COGNOME

NOME

LUOGO E DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE

RECAPITO TELEFONICO

E-MAIL

## DATI RICHIEDENTE (se diverso dal paziente)

In caso di rappresentanza/tutoraggio: consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti ex art. 76 del D.P.R. 445/2000, se del caso, previa esibizione di adeguata documentazione dimostrativa di valore legale.

COGNOME

NOME

LUOGO E DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE

RECAPITO TELEFONICO

E-MAIL

### IN QUALITÀ DI

GENITORE ESERCENTE LA PATRIA POTESTÀ

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

TUTORE

EREDE LEGITTIMO

CURATORE

ALTRO .....

## per il proseguimento delle cure successive al ricovero

### RICHIEDO

COPIA CARTELLA CLINICA N. .... (RICOVERO DAL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ AL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)

COPIA CARTELLA CLINICA N. .... (RICOVERO DAL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ AL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)

COPIA CARTELLA CLINICA N. .... (RICOVERO DAL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ AL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)

(segue)

## MODULO RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

### MODALITÀ DI CONSEGNA E COSTI

- FORMATO CARTACEO - €22,00 per documento + €10,00 per le spese di spedizione**  
SPEDIZIONE CON CORRIERE ESPRESSO AL SEGUENTE INDIRIZZO  
PAGAMENTO IN CONTRASSEGNO AL CORRIERE AL MOMENTO DELLA CONSEGNA

### INDIRIZZO DI SPEDIZIONE

DESTINATARIO

VIA/PIAZZA, NUMERO CIVICO

CITTÀ, PROVINCIA

CAP

- FORMATO DIGITALE - €22,00 per documento**  
FILE PDF FIRMATO DIGITALMENTE SCARICABILE AL LINK INVIATO VIA E-MAIL  
PAGAMENTO CON CARTA DI CREDITO/BONIFICO BANCARIO SEPA TRAMITE LINK INVIATO VIA MAIL  
**La mail e il numero di cellulare indicati qui sotto saranno utilizzati per le comunicazioni e per il download dei documenti, pertanto è importante che facciano riferimento alla stessa persona.**

INDIRIZZO E-MAIL

NUMERO CELLULARE

1. Io sottoscritto dichiaro di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.
2. Io sottoscritto dichiaro consapevolmente di accettare che il recapito della suddetta documentazione sanitaria avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal codice postale, che prevede la consegna della posta anche a persona diversa dal destinatario presente nel domicilio (es. familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc).
3. Ai sensi del D.Lgs 196/2003, io sottoscritto dichiaro di essere informato che il trattamento dei dati personali sarà effettuato, anche con mezzi informatici, ai fini del presente procedimento e che il titolare del trattamento dei dati è la San Feliciano Srl. La richiesta di accesso ai dati ai sensi dell'art. 7 del suddetto D.Lgs, può essere rivolta al titolare o al responsabile del trattamento a mezzo del recapito in indirizzo.  
FIRMA (ANCHE PER ATTESTAZIONE DEI PUNTI 1,2 E 3)

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

FIRMA\_\_\_\_\_