



RICHIESTA COPIA DI CARTELLA CLINICA E COPIA DI REFERTO AMBULATORIALE

Tel: 045 6208631
Email:
cartelle.cliniche@villagarda.it

M-09.01-12 rev.13

COMPILARE LA RICHIESTA IN STAMPATELLO MAIUSCOLO E LEGGIBILE

Si richiede copia di ☐ **COPIA DI CARTELLA CLINICA** ☐ **COPIA DI REFERTO AMBULATORIALE**

La/Il sottoscritto/a _____ nata/o a _____ il ____/____/____, residente a
_____ Via _____ N° _____ Prov: _____ Cap _____

Telefono _____ Mail _____ chiede che le/gli venga rilasciata:

☐ copia della **Cartella Clinica** relativa al/i ricovero/i effettuato/i presso il Reparto di: _____

1. _____ dal ____/____/____ al ____/____/____ Numero _____

2. _____ dal ____/____/____ al ____/____/____ Numero _____

☐ copia **referto ambulatoriale** relativa al **Servizio ambulatoriale** di: _____
effettuato in data _____

Data della compilazione ____/____/20 ____ firma _____

N.B. Se la richiesta è inoltrata tramite posta elettronica è obbligatorio allegare la copia del documento d'identità del richiedente. Se la copia della cartella viene ritirata personalmente presso i nostri sportelli è sufficiente esibire documento d'identità.

DELEGA PER IL RITIRO DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

La/Il sottoscritto/a _____ nata/o a _____ il ____/____/____, residente a
_____ Via _____ N° _____ Prov: _____ Cap _____ delega _____ la/il

Signora/e _____ nata/o a _____

il ____/____/____ residente a _____ Via _____ N° _____ Prov: _____ Cap _____

al ritiro di copia della Cartella Clinica relativa al/i ricovero/i effettuato/i

come sopra specificato liberando con ciò la Casa di Cura Villa Garda Srl da qualsiasi responsabilità.

Data della compilazione ____/____/20 ____ firma _____

N.B. Quando la copia della cartella viene ritirata presso i nostri sportelli è sufficiente esibire documento d'identità del delegato.

RICHIESTA COPIA DELLA CARTELLA CLINICA DA PARTE DI EREDI/TUTORI/CURATORI Per tale richiesta inviare/esibire i documenti richiesti nel paragrafo N.B a pagina successiva.

La/Il sottoscritto/a _____ nata/o a _____ il ____/____/____, residente a
_____ Via _____ N° _____ Prov: _____ Cap _____ quale:

☐ Familiare/Parente/Affine avente titolo di Erede ☒ Tutore/Curatore

☒ Genitore/esercente la responsabilità genitoriale del minore

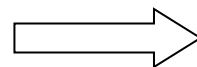
chiede che le/gli venga rilasciata copia della Cartella Clinica della/del Signora/e _____ nata/o il
____/____/____, residente a _____

Via _____ N° _____ Prov: _____ Cap _____, relativa al/i ricovero/i effettuato/i presso il Reparto di:

1. _____ dal ____/____/____ al ____/____/____

2. _____ dal ____/____/____ al ____/____/____

Data della compilazione ____/____/20 ____ firma _____





RICHIESTA COPIA DI CARTELLA CLINICA E COPIA DI REFERTO AMBULATORIALE

Tel: 045 6208631
Email:
cartelle.cliniche@villagarda.it

M-09.01-12 rev.13

N.B. Documenti da esibire/inviare alla richiesta della copia della Cartella Clinica DA PARTE DI EREDI/TUTORI/CURATORI e da allegare in copia agli atti:

- ☐ *Famigliare/Parente/Affine avente titolo di erede*: a) dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante il titolo di erede **autenticata in Comune** b) documento di identità valido
- ☐ *Tutore/Curatore*: a) provvedimento giudiziale di nomina b) documento di identità valido
- ☐ *Genitore*: documento di identità valido

SEGNARE LA MODALITÀ' DI RITIRO DELLA COPIA CARTELLA O COPIA REFERTO AMBULATORIALE

☐ **RITIRA IL PAZIENTE** Firma al momento del ritiro _____

Data ritiro _____

☐ **DELEGA ALTRI** Firma Delegato al ritiro _____

Data ritiro _____

☐ **DESIDERA RICEVERE PER POSTA ALL'INDIRIZZO** _____

☐ **IL RICHIEDENTE HA EFFETTUATO IL PAGAMENTO** ☐ SI ☐ NO