



RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA



Allegato 1 PRO.05

Ver. 3.0

Prima Parte

RICHIESTA

Data _____ N° copie richieste: _____

Intestatario/a Cartella Clinica:

Nome e Cognome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in Via _____ N° _____

Ricovertato/a in data _____ Dimesso/a in data _____

Firma del Richiedente _____

(Firma Leggibile)

Se richiedente diverso dall'Intestatario della Cartella Clinica

*Consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 del DPR 445/00, in caso di dichiarazioni mendaci***DICHIARA DI ESSERE** Genitore esercente la patria potestà Curatore, Amministratore di sostegno, Tutore* (*Allegare provvedimento di nomina) Figlio/a, Coniuge Altro (specificare) _____*N.B.: Attualmente non è prevista la modalità di richiesta tramite PEC.*

Seconda Parte

DATI PER IL RITIRO

Nome e Cognome _____

Residente a _____ in Via _____ N° _____

➤ Allegare valido documento d'identità al presente modulo

RAPPORTI CON L'INTESTATARIO DELLA CARTELLA CLINICA
(dichiarati dal Richiedente) Genitore esercente la patria potestà Curatore, Amministratore di sostegno, Tutore* (*Allegare provvedimento di nomina) Figlio/a, Coniuge Altro (specificare) Da ritirare pro manibus (a mano) c/o la residenza di competenza - si prega di indicarla di seguito **Bojano** **Sessano del Molise** Da spedire a mezzo raccomandata A/R al seguente indirizzo:.....
.....E' possibile accertarsi preventivamente che la copia richiesta sia disponibile prima del ritiro telefonando al numero **0865.93.00.15** (Sessano del Molise) - **0874.77.81.27** (Bojano)**Con la compilazione del presente modulo, l'interessato, o un suo delegato, esprime il proprio consenso al trattamento dei dati per il solo fine a cui è riferita la presente richiesta.**

Terza Parte**INFORMATIVA SU COSTI E TEMPI**

Il costo è di **€15,00 per il ritiro diretto, €22,00 per la spedizione (raccomandata)**.
La documentazione sarà rilasciata esclusivamente dopo il saldo completo di tutte le rette di degenza e degli eventuali costi aggiuntivi dovuti, previa verifica da parte dell'ufficio amministrativo. Non saranno accettate/evase richieste con situazioni debitorie pendenti.
I tempi di rilascio della documentazione sono stimati in quindici giorni dalla data di ricezione della richiesta, decorrenti dalla data di accertamento della regolarità di quanto dovuto.

Quarta Parte**MODALITÀ DI PAGAMENTO****Modalità A – BONIFICO BANCARIO**

- Intestato a: Serena Senectus S.r.l.
- IBAN:
 - IT24K0200815603000106483006 – BOJANO
 - IT62A0200815603000002783073 - SESSANO
- Causale: "Cognome e Nome ospite – saldo costi copia cartella clinica"

Modalità B – PAGAMENTO IN CONTANTI

- Il pagamento può essere effettuato direttamente presso l'ufficio amministrativo della Serena Senectus S.r.l. per residenza di competenza nel rispetto della normativa vigente in materia di uso del contante.
- Presentarsi con l'importo esatto, insieme al presente modulo compilato, presso la residenza ospitante della Serena Senectus S.r.l..

UFFICIO INTERNO (RISERVATO ALLA SERENA SENECTUS S.R.L.)

- Verificato saldo rette degenza e costi rilascio copia cartella clinica OK NO
- Data autorizzazione emissione documentazione: _____
- Operatore: _____ Timbro/Firma: _____

RITIRO

Data del ritiro _____ CARTELLA N° _____

Firma di chi ritira _____
(Firma Leggibile)

Solo in caso di ritiro da parte di persona diversa da quella indicata nella sezione
"SECONDA PARTE DATI PER IL RITIRO"

Delega corredata da valido documento d'identità del delegante: SI NO

Documento d'identità del delegato _____ N° _____