

MODULO RICHIESTA CARTELLA CLINICA
REGIONE CALABRIA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE VIBO VALENTIA
DIREZIONE SANITARIA P.O. VIBO VALENTIA
UFFICIO ACCETTAZIONE CARTELLE CLINICHE
Tel. 0963962338 email : accettazionevibo@asppv.it



Intestatario della CARTELLA

Nome Cognome

Nato/a a Prov. () il

Residente a via n.

cap..... Prov.telefono

Richiedente (Compilare solo se persona diversa dall'intestatario)

Nome Cognome.....

Nato/a a Prov. () il

Residente a via n.

cap..... Prov.telefono

Consapevole delle responsabilità previste dall'art.76 del D.P.R. 445/2000. In caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA DI ESSERE

- | | |
|--|---|
| ☐ Intestatario della cartella clinica | ☐ Tutore (o curatore) "allegare Provvedimento" |
| ☐ Amministratore di sostegno | ☐ Genitore esercente la patria potestà |
| ☐ Curatore | ☐ Erede (che agisce in nome e per conto degli altri coeredi) |

CHIEDE COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

reparto , periodo ricovero..... Matr.

reparto , periodo ricovero..... Matr.

modalità di ritiro e pagamento

- ☐ presso L'Ufficio cartelle cliniche (in caso di ritiro di persona diversa dall'intestatario occorre presentare anche la delega)
- ☐ servizio postale specificando l'indirizzo di spedizione

Il sottoscritto ai sensi del D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere ad adempimenti di legge.

Data Firma (Allegare copia documento di identità)

NOTE: il tempo di consegna delle copie della cartella clinica è di 15 giorni dalla data di consegna della presente richiesta all'ufficio Cartelle Cliniche, purché siano trascorsi 20 giorni dalla dimissione del reparto.

Tariffa per 1 copia di cartella clinica non superiore ad un anno € 15,00.

Tariffa per i copia di cartella clinica superiore ad un anno € 20,00.

Questo modulo può essere consegnato presso l'Ufficio cartelle cliniche del Predio Ospedaliero oppure inviato per via email : accettazionevibo@asppv.it unitamente alla copia della ricevuta di versamento dell'importo dovuto su conto corrente Postale n° 14284889 intestato : Azienda Sanitaria Provinciale Vibo Valentia, causale "rilascio copia cartella clinica"

Documento consegnato il, Firma operatore