



ISTITUTO DI CURA  
CITTÀ DI PAVIA

## RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

La richiesta deve essere corredata da copia di un documento d'identità dell'avente diritto e va consegnata all'Ufficio ACCETTAZIONE RICOVERI. Può essere anche inviata via fax, al numero 0382 576821, o posta elettronica all'indirizzo cartellecliniche.iccp@grupposandonato.it

Io sottoscritto/a .....

Nato/a il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ a .....

Residente a .....

Numero di telefono (per comunicazioni) ..... Documento d'identità .....

In qualità di

Intestatario

Dichiarazione sostitutiva ex art. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000. Dichiaro sotto la mia responsabilità di essere a conoscenza del fatto che chi sottoscrive dichiarazioni mendaci o false o dati non più rispondenti al vero soggiace a sanzione penale (art. 76 DPR 445/2000) e di essere:

Genitore

Tutore

Curatore

Amministratore di sostegno

Allego documento attestante i poteri attribuiti all'amministratore sulla salute e cura del paziente

Del/la (nome e cognome della persona affidata) .....

Nato/a il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ a .....

Dichiarazione sostitutiva ex art. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000. Dichiaro sotto la mia responsabilità di essere a conoscenza del fatto che chi sottoscrive dichiarazioni mendaci o false o dati non più rispondenti al vero soggiace a sanzione penale (art. 76 DPR 445/2000) e di essere:

Erede testamentario

Erede legittimo (grado di parentela) .....

Persona avente interesse proprio ai sensi del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, art. 92 comma 2  
Allego motivazione documentata

Del/la (nome e cognome della persona affidata) .....

Nato/a il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ a .....

### CHIEDO:

Copia conforme della cartella clinica

#### Delle seguenti Cartelle Cliniche

Ricovero dal \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ al \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ presso il reparto di .....

Ricovero dal \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ al \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ presso il reparto di .....

Ricovero dal \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ al \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ presso il reparto di .....

Nel seguente formato:

Elettronico (CD)

Cartaceo

Modalità di consegna:

Ritiro allo sportello [PER DEGENZE INFERIORI A 7 GIORNI: 18 EURO + IVA ; PER DEGENZE SUPERIORI A 7 GIORNI:22 EURO + IVA]

Spedizione per posta raccomandata [TARIFE SOPRA INDICATE + 10 EURO + IVA PER LA SPEDIZIONE ]senza che ciò comporti alcuna responsabilità di Istituto di Cura Città di Pavia in caso di smarrimento, al seguente indirizzo:

Città ..... PROV. ....CAP .....

via .....n. ....

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Riservato all'Ufficio Cartelle Cliniche

NUMERI CARTELLE CLINICHE RICHIESTE .....