



Istituto Dermopatico
dell'Immacolata
Direzione Sanitaria

**PROCEDURA
RILASCIO E RITIRO CARTELLE
CLINICHE**

Cod: P/911/

Versione

Pagina 9 di 12

Allegato 1 Modulo di richiesta della Documentazione Sanitaria

Il/La sottoscritto/a	In qualità di: <input type="checkbox"/> Paziente <input type="checkbox"/> Persona delegata o avente diritto
Recapito telefonico del richiedente per eventuali comunicazioni da parte dell'Istituto	Indirizzo E-mail
.....

Chiede il rilascio di n° Copia/e conforme/i della

- propria documentazione
- documentazione del paziente

Relativa a:

- Cartella clinica ricovero ordinario effettuato in data presso l'Unità Operativa.....
- Cartella clinica ricovero Day Hospital/Day Surgery effettuato in data
- APA
- Cartella ambulatoriale

Segnare con una X la voce scelta	
Ritiro presso l'Istituto	Invio a Domicilio*
<input type="checkbox"/> € 12,00	<input type="checkbox"/> € 22,00
<input type="checkbox"/> € 12,00	<input type="checkbox"/> € 22,00
<input type="checkbox"/> € 5,00	<input type="checkbox"/> € 10,00
<input type="checkbox"/> € 5,00	<input type="checkbox"/> € 10,00

***Attenzione specificare l'indirizzo al quale deve essere inviata la copia della documentazione sanitaria**

Cognome	Nome
Via	N°
CAP	
Città	Provincia

Data

Firma del Richiedente