



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