



CLINICA SANATRIX SPA
Via San Domenico, 31
80127 Napoli - Tel. 081.7173111 Fax 081.640005

RICHIESTA COPIA CARTELLA

PAZIENTE: _____

DATA DI NASCITA: _____ COMUNE DI NASCITA: _____

CODICE FISCALE: _____

INDIRIZZO: _____ CAP: _____ CITTA': _____

TELEFONO ABITAZIONE: _____ CELLULARE: _____

DATA DEL RICOVERO: _____ DATA DI USCITA: _____

MEDICO: _____

IMPORTO DA PAGARE (Appore una X per la scelta):

Con ritiro in sede euro 30,00

con spedizione € 40,00

Le richieste di copia di cartella con data di uscita ricovero antecedente i due anni dalla data di richiesta copia devono essere prelevate dal nostro archivio di Roma pertanto il costo è di € 50,00

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Dichiaro di conoscere le informazioni di cui all'art.13 del D.lgs. 196/2003 e art.13 regolamento EU 679/2016 in particolare riguardo ai diritti da me riconosciuti dalla legge ex. art.7 D.lgs. 196/2003 e regolamento UE 679/2016, e per il trattamento dei miei dati con le modalità e per le finalità indicate nelle informative stesse, comunque strettamente connesse e strumentali alla copia di cartella clinica.

(Appore una "X" ed una firma per la scelta)

Do il consenso:

Nega il consenso:

FIRMA: _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE: _____

PER IL RITIRO DELLA COPIA CARTELLA MUNIRSI DI:

1. DOCUMENTO DEL PAZIENTE*

* NEL CASO IN CUI IL PAZIENTE SIA DECEDUTO ESIBIRE CERTIFICATO DI PARENTELA RILASCIATO DAL COMUNE FIRMATO DA TUTTI I FAMILIARI CON DELEGA DI RITIRO FIRMATA ALTERSI' DA TUTTI I FAMILIARI CHE ANDRA' ESIBITA AL RILASCIO DELLA COPIA.

* **PER I MINORENNI IL RITIRO SARA' CONSENTITO SOLO A CHI ESERCITA LA PATRIA POTESTA'**

2. RICEVUTA COPIA CARTELLA

3. FATTURA DI PAGAMENTO SE GIA' PAGATA

4. DELEGA FIRMATA+DOCUMENTO DEL DELEGANTE

5. RIFERIRE SE LA RICHIESTA E' PER RIMBORSI ASSICURATIVI

UFFICIO ARCHIVIO TEL.081/7173758 - APERTO DALLE 09.00-13.00 DAL LUNEDI' AL VENERDI'

La cartella clinica deve essere ritirata entro 6 mesi dalla data indicata dopo tale termine la copia verrà distrutta.

Alla Clinica Sanatrix S.p.a.

Via S.Domenico,31

80127 Napoli (NA)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente in via _____ CAP _____

città _____ Prov. _____

documento di identità n. _____

rilasciato da _____ il _____

DELEGA AL RITIRO DELLA CARTELLA CLINICA

il/la sig./sig.ra _____

nato/a _____ il _____

residente in via _____ CAP _____

città _____ Prov. _____

Allegare fotocopia del documento di identità del delegante

IL DELEGATO SI PRESENTI CON DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'

Note: _____

Il delegante

(luogo e data)

(firma)