



**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)