



Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

**Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR n. 445/2000 in caso di dichiarazione non veritiere,**

**in qualità di:**  Titolare documentazione  Genitore/Tutore/Amministratore di sostegno  Erede  Persona delegata

**CHIEDE**

Cartella clinica completa  Documentazione ambulatoriale (specificare): \_\_\_\_\_

Ricovero/prestazione in data: \_\_\_\_\_ UO/Servizio: \_\_\_\_\_

Titolare documentazione: \_\_\_\_\_

**MODALITÀ DI RITIRO**

Personalmente allo sportello

Tramite persona delegata (compilare la sezione sottostante)

Richiesta di spedizione postale, presso \_\_\_\_\_

**DICHIARA** di essere informato/a che il rilascio avviene previo rimborso dei costi di riproduzione e gestione, secondo i termini, le tariffe e le informazioni di pagamento consultabili sul sito web della Struttura. In caso di richiesta di spedizione postale, le spese accessorie sono a carico del richiedente e, conformemente alle norme vigenti in materia, la consegna può avvenire anche a conviventi, familiari o persona diversa dal destinatario, se assente.

**DICHIARA** di essere informato/a che, ai sensi del GDPR (Reg. UE 2016/679) e D.Lgs. 196/2003 s.m.i., i dati saranno trattati solo per finalità legate alla presente richiesta.

Data \_\_\_\_\_ Firma richiedente \_\_\_\_\_

**RICEVUTA (da compilare al ritiro)**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, in qualità di

Titolare documentazione  Persona delegata  Genitore/Tutore/Amministratore di sostegno  Erede

dichiaro di aver ricevuto la documentazione richiesta.

Data ritiro \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

*NB: in caso di delega, la persona incaricata dovrà presentarsi con delega compilata e firmata, accompagnata da una fotocopia del documento d'identità sia del delegato sia del delegante.*

**ORARI E CONTATTI**

⇒ **Allo sportello dal lunedì al venerdì dalle 09.00 alle 14.00; il sabato dalle 10.00 alle 12.00**

⇒ **Via posta all'indirizzo postale dichiarato**

Per maggiori informazioni chiamare l'Ufficio Accettazione Ricoveri al 051-2984947 dal lunedì al venerdì dalle 12.00

alle 14.00 oppure scrivere un'email al seguente indirizzo: [accettazione.cvc@grupposandonato.it](mailto:accettazione.cvc@grupposandonato.it)

NB: Gli orari possono essere soggetti a variazioni durante le festività.

**Per il ritiro del referto dell'esame istologico è possibile presentarsi a partire dal:** \_\_\_\_\_

DELEGA AL RITIRO il Sig./la Sig.ra \_\_\_\_\_

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

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

(Allegare copia dei documenti di identità del delegante e del delegato)

Firma delegante \_\_\_\_\_ Firma delegato \_\_\_\_\_

Per il versamento della somma dovuta tramite **bonifico bancario**: IT61X0538702405000001826810 avendo cura di indicare nella causale "Richiesta cartella clinica Nome, Cognome, Codice fiscale paziente" e inviando entrambi i moduli insieme alla fotocopia della carta d'identità all'indirizzo [accettazione.cvc@grupposandonato.it](mailto:accettazione.cvc@grupposandonato.it)

**Si informa che il ritiro della documentazione deve essere effettuato entro 90 giorni dalla data della presente richiesta**