



Casa di Cura Privata Piacenza S.p.A.

Direttore Sanitario: Prof. Mario Sanna

R03 PA02 REV.6

MODULO RICHIESTA CARTELLA CLINICA AMBULATORIALE (Casa di Cura)

Data Emissione: 04/03/2021

Data Revisione: 24/03/2025

Pagina: 1 di 1

Gent.ma/o Utente, La Informiamo che è possibile richiedere SOLO dalla dimissione della degenza il rilascio della copia conforme della cartella clinica relativa al Suo ricovero.

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Cod. Fiscale _____

Recapiti telefonici _____

Contatto e-mail _____

CHIEDO

Che mi venga rilasciata copia della cartella ambulatoriale relativa al mio ricovero presso il reparto _____

Dal _____ al _____

OVVERO

che mi venga rilasciata copia della cartella ambulatoriale del/la sig./ra _____
ricoverato/a dal _____ al _____ presso il reparto _____

A conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 sulla responsabilità penale cui posso andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la mia responsabilità, dichiaro di essere
(a norma degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

Erede

Genitore esercente la potestà legale

Affidatario in base al provvedimento n. _____ del _____ emanato da _____

Tutore Curatore Amministratore di sostegno in base al provvedimento n. _____

Del _____ emanato da _____

Delegato (in questo caso è obbligatoria la delega del paziente)

N.B. In attuazione di precisi obblighi di legge, l'Azienda effettuerà controlli su quanto dichiarato per attestarne la veridicità e, in caso di falsa dichiarazione, ne darà comunicazione all'Autorità Giudiziaria.

RICEVERO' LA DOCUMENTAZIONE AL SEGUENTE INDIRIZZO:

Via/Piazza _____ n. _____ Città _____

Prov. _____ CAP _____ Nazione _____

Nome e Cognome presenti sul campanello _____

N. Citofono _____

• **COSTO FOTOCOPIA CARTELLA AMBULATORIALE PER INTERVENTI CONVENZIONATI CON SSN:**

€ 12.00 (ESENTE IVA)

• **COSTO FOTOCOPIA CARTELLA AMBULATORIALE PER INTERVENTI NON CONVENZIONATI CON SSN:**

€ 15.00 (IVA INCLUSA)

PER LA **SPEDIZIONE** DELLA CARTELLA VERRÀ ADDIZIONATO IL COSTO DI **€ 10.00 (IVA INCLUSA)**.

LA CARTELLA VERRA' INVIATA ENTRO 30 GIORNI A SEGUITO DI BONIFICO BANCARIO DA EFFETTUARSI A:

ABI: 05156 – CAB 12600 BIC/SWIFT: BCPCIT2P – BANCA DI PIACENZA – SEDE CENTRALE

IBAN: IT86J0515612600CC0000042866 Causale: fattura n.

Cognome, nome

IL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE RECAPITATO TRAMITE MAIL a ufficio.ricoveri@casadicura.pc.it

Piacenza, li _____ Firma del richiedente _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003: I dati personali, non particolari, raccolti tramite il presente modulo saranno trattati dal titolare Casa di Cura Privata Piacenza Spa al solo fine di fornirle il servizio richiesto così come previsto dall'art 6 comma 2 b) GDPR. I dati di cui al presente modulo saranno trattati per il tempo strettamente necessario alla gestione della sua richiesta. Al fine di fornirle il servizio di cui al presente modulo è per noi necessario ottenere tutti i dati ivi indicati, in mancanza non sarà possibile adempiere alle sue istanze. I dati saranno trattati da personale interno o esterno appositamente nominato ex art 28 GDPR. Ha il diritto di esercitare i diritti di cui agli artt 15 e ss GDPR essendole anche riconosciuta la possibilità di proporre reclamo al garante Privacy. Per ogni altra informazione si rinvia all'informativa già fornita al momento della raccolta dati ovvero all'informativa presente sul nostro sito.