



**Casa di Cura Privata Piacenza S.p.A.**

**Direttore Sanitario: Prof. Mario Sanna**

**R06 PA02 REV.0**

**MODULO RICHIESTA CARTELLA CLINICA AMBULATORIALE (Servizio Esternalizzato)**

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 \_\_\_\_\_

LA FOTOCOPIA DELLA CARTELLA CLINICA AL **COSTO DI 25.74 €** (IVA E SPESE INCLUSE - COSTI AGGIUNTIVI PER SPEDIZIONI ALL'ESTERO A SECONDA DEL PAESE), VERRA' INVIATA ENTRO 30 GIORNI A SEGUITO DI BONIFICO BANCARIO DA EFFETTUARSI A:

BENEFICIARIO: **RJ45 SOC. COOP. ONLUS**

BANCA: **BCC Agro Bresciano Soc. Coop.**

IBAN: **IT14F0857511201000000180374**

CAB: **11201** ABI: **8575** C/C: **180374**

CAUSALE: **COGNOME E NOME DEL PAZIENTE - FOTOCOPIA CARTELLA CLINICA**

**AL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE OBBLIGATORIAMENTE ALLEGATO UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA' DEL PAZIENTE E DELL'EVENTUALE RICHIEDENTE**

**IL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE RECAPITATO TRAMITE MAIL a [ufficio.ricoveri@casadicura.pc.it](mailto: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.