

**Ospedale Classificato**  
**VILLA SALUS**

Servizio Ritiro Esami tel. 041 29 06 527

**Modulo - richiesta copia cartella clinica**

Il Sig./Sig. ra.....

nata il..... /..... /..... residente a.....

via.....tel. ....

chiede il rilascio della cartella clinica relativa alla propria degenza presso codesto Ospedale nel reparto di

..... dal..... /..... /..... al..... /..... /.....

per il seguente uso.....

A tale scopo corrispondo €..... a titolo di concorso spese.

Mestre,..... /..... /.....

**Firma**.....

La copia della cartella clinica può essere ritirata, a seguito presentazione del presente modulo e di un documento di identità, presso lo SPORTELLLO RITIRO ESAMI di questo Ospedale dal LUNEDI al VENERDI dalle ore 08.00 alle ore 18.00 e il SABATO dalle ore 08.00 alle ore 13.00.

Nell'impossibilità di ritirare personalmente la copia dell'esame, si prega di compilare la delega.

Firma per ricevuta

.....

CONSEGNATA

D a mano in data ..... /..... /.....

D raccomandata AJR nr. raccomandata .....

**DELEGA AL RITIRO DELLA COPIA DELLA CARTELLA CLINICA**

Nell'impossibilità di ritirare la copia della cartella clinica, si prega compilare a favore di altra persona, che dovrà presentarsi con proprio documento d'identità.

Il Sig./Sig.ra .....

**delega**

Il Sig./Sig.ra.....

a ritirare la copia della cartella clinica sopra descritta.

Mestre, .../.../..... **Firma**.....

**Per spedizione in contrassegno:**

Il Sig./Sig.ra .....  
chiede che la copia della cartella clinica venga spedita a mezzo posta all'indirizzo di residenza, sollevando l'Ospedale Villa Salus da tutte le responsabilità che dovessero derivare da eventuali manomissioni, furti, smarrimenti o violazioni della D.Lgs. 196/2003 sulla tutela della privacy e successive modifiche e/o integrazioni, che si potrebbero verificare durante la spedizione della documentazione sanitaria.

Mestre, .../ ... / ..... **Firma**.....