

Gentile utente,

La informiamo che è possibile richiedere la fotocopia della documentazione sanitaria (*cartella clinica relativa al ricovero, cartella BCA/MAC, cartella radioterapica, cartella riabilitativa*) tramite la compilazione, **in tutte le sue parti**, del presente modulo e consegnandolo

a mano presso **Ufficio Accettazione** Degenze: piano 1, lunedì al venerdì dalle 08.00 alle 14:00

oppure

via e-mail [accdegenzesm@multimedica.it](mailto:accdegenzesm@multimedica.it)

Le copie di **CARTELLE CLINICHE DI RICOVERO e BCA/MAC** potranno essere:

- ritirate personalmente al costo di € **30,50** (IVA inclusa) recandosi presso lo sportello ritiro referti, presente e attivo tutti i giorni della settimana.
- recapitate al domicilio al costo di € **30,50** (IVA inclusa) + € **11,00** (IVA inclusa) per le spese di spedizione, per un totale di € **41,50**.

Le copie di **CARTELLE RADIOTERAPICHE e RIABILITATIVE** potranno essere ritirate personalmente al costo di € **20,00** (IVA inclusa).

La informiamo che può richiedere notizie sulla Sua pratica direttamente all'Ufficio Archivio Cartelle Cliniche ai seguenti numeri: tel. 0331/39.31.06 dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 16.30 Tale Ufficio la contatterà per avvisarla del pronto ritiro.

La informiamo che potrà **eseguire il pagamento personalmente**, all'atto della consegna del modulo, presso l'Ufficio cui richiede la copia della cartella **oppure tramite bonifico** sul conto corrente IBAN IT96P 02008 05364 000500083125 intestato a Multimedica S.p.a., riportando nella causale del bonifico: COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA INTESTATA A (NOME, COGNOME, CODICE FISCALE). **Copia della ricevuta di bonifico eseguito** deve essere inviata all'indirizzo e-mail [accdegenzesm@multimedica.it](mailto:accdegenzesm@multimedica.it), unitamente al modulo compilato e a copia del documento d'identità qualora voglia presentare richiesta via e-mail o via fax.

**Le copie delle cartelle cliniche verranno consegnate solo con evidenza dell'avvenuto pagamento.**

Con viva cordialità

**DATI RICHIEDENTE**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

in qualità di:  intestatario della cartella

genitore/tutore

delegato

erede legittimo

**RICHIEDO COPIA DELLA CARTELLA**

**DEGENZA**       **BCA**       **MAC**       **RADIOTERAPICA**       **RIABILITATIVA**

**del/la Sig./ra (cognome e nome)** \_\_\_\_\_

**nato/a a** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_

**codice fiscale** \_\_\_\_\_

**ricoverato/a dal** \_\_\_\_\_ **al** \_\_\_\_\_ **oppure prestazione effettuata il** \_\_\_\_\_

**presso la struttura di** \_\_\_\_\_

**MODALITA' DI RITIRO / CONSEGNA DELLA CARTELLA**

RITIRO presso l'Ufficio e negli orari indicati in prima pagina

SPEDIZIONE a mezzo di corriere

**Indirizzo di spedizione (se diverso da quello indicato)**

Sig. / Sig.ra \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*allegare copia del documento di identità*

**DELEGA ALLA RICHIESTA / RITIRO**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

tipo documento e n° \_\_\_\_\_

In qualità di:  intestatario della cartella     genitore/tutore     erede legittimo

**DELEGO**

Il/ La Sig./ra \_\_\_\_\_

tipo documento e n° \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

a  RICHIEDERE     RITIRARE

la fotocopia della mia cartella clinica, come indicato nella richiesta.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del delegante

Firma del delegato

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NB: Per il ritiro della copia dei documenti sanitari tramite delega è richiesta la fotocopia di un documento d'identità valido, sia del delegante sia del delegato.**

*Le informazioni privacy aggiornate ai sensi della normativa vigente sono disponibili nelle sale di attesa antistanti agli sportelli CUP sulle apposite cartellonistiche.*

**SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO CHE RICEVE LA RICHIESTA**

Data registrazione richiesta \_\_\_\_\_ Cartella numero \_\_\_\_\_

Unità Operativa \_\_\_\_\_

Firma Operatore

Bar code cartella  
clinica

**SPAZIO RISERVATO AGLI OPERATORI**

In data \_\_\_\_\_ il/la Sig/ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ documento n° \_\_\_\_\_

ha ritirato la copia della cartella di cui sopra.

Firma dell'operatore addetto alla consegna

Firma di chi ritira

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_