

Direzione Sanitaria	<b>RICHIEDSTA COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA IN FORMATO CARTACEO</b>	Cod.Mod.IO34.01 del 08.01.2024 Rev. 10
---------------------	---	--

Il/la sottoscritto/a in qualità di: **Diretto interessato**

**Cognome**..... **Nome** .....  
nato/a a ..... il ..... residente a .....  
in via ..... n. .... tel. .... cell. ....

Oppure in qualità di:

**padre**    **madre**    **tutore del minore**    **tutore**    **erede diretto**

**(munito della dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà D.P.R. 28.12.2000, n.445 art. 47)**

Cognome..... Nome.....  
nato/a a ..... il .....

#### CHIEDE

**Copia di Cartella Clinica** - € 40.00 (a Cartella) alla consegna della richiesta

**Copia esame di emodinamica** - € 15.00 alla consegna della richiesta

**Copia foglio clinico di P.S** - € 10.00 alla consegna della richiesta

Mail: .....

**Copia referto medico** - € 10.00 alla consegna della richiesta

Mail: .....

**Vetrini in bianco** - € 10.00 alla consegna della richiesta

**Spedizione delle copie dei documenti:** Indirizzo: .....

Ad ogni richiesta bisogna **allegare copia del documento d'identità** del DIRETTO INTERESSATO e del DELEGATO se presente.

#### Specifiche di esami

Cartella Clinica n°..... Reparto ..... Dal ..... al .....

Cartella Clinica n°..... Reparto ..... Dal ..... al .....

Cartella Clinica n°..... Reparto ..... Dal ..... al .....

CD Esame di emodinamica ..... Codice..... Del .....

Foglio Clinico di P.S..... Esame n° ..... Del giorno .....

Referto medico ..... Reparto..... Del giorno .....

Vetrini in bianco..... Reparto..... Del giorno .....

Ad uso:       personale       assicurativo       medico       altro.....

Il sottoscritto dichiara che quanto sopra corrisponde al vero ed allega fotocopia del proprio documento d' identità.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Richiedente

*I dati riportati saranno trattati nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.*

Direzione Sanitaria	<b>RICHIESTA COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA IN FORMATO CARTACEO</b>	Cod.Mod.IO34.01 del 08.01.2024 Rev. 10
---------------------	--	--

**LA RICHIESTA PUO' ESSERE INOLTRATA:**

1. Via @-mail all'indirizzo: raffaella.vanossi@ospedaledierba.it - tel. 031638213
2. All' ufficio ricoveri dalle 09.00 alle 13.00 dal lunedì al venerdì tel. 031638209
3. Via fax presso la Direzione Sanitaria tel. 031638229

Si precisa che la richiesta deve sempre essere accompagnata da un documento di riconoscimento del diretto interessato, in originale o in fotocopia, (Carta d'Identità, Passaporto, Patente).

Nel caso di richiesta inoltrata via fax e/o @-mail, per l'invio della documentazione sanitaria, far pervenire al medesimo numero di fax o indirizzo @- mail, la copia del bonifico bancario effettuato presso:

**CREDEM - ERBA**

**IBAN: IT09G0303251270010000920438**

**Intestato a: Ospedale di Erba S.r.l.**

**indicando nella causale "richiesta copia documentazione sanitaria".**