



MODULO DI RICHIESTA/DELEGA PER IL RITIRO DELLA CARTELLA CLINICA

Il / la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____
Ricoverato dal _____ al _____
Presso l'Unità Operativa di _____

CHIEDE IL RILASCIO DI COPIA CARTELLA CLINICA/ DELEGA

- Autorizzo il/la sig./ra _____ nato/a _____ il _____ al ritiro presso l'Ufficio delle Cartelle Cliniche della copia della cartella clinica relativa alla propria degenza.
- Autorizza la spedizione al seguente indirizzo: _____

Il sottoscritto viene informato che ai sensi dell'art. 26 L.4/1/1968 n. 15, le dichiarazioni mendaci e le falsità degli atti, nei casi previsti dalla legge sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

MODALITA' DI PAGAMENTO

Cartella clinica inferiore a 25 pagine per uso medico	€. 10,00
Cartella clinica superiore a 25 pagine per uso medico	€. 15,00
Cartella clinica inferiore a 25 pagine per uso medico- legale	€. 15,00
Cartella clinica superiore a 25 pagine per uso medico- legale	€. 22,00
Certificato Pronto Soccorso	€. 5,00

Il versamento degli importi dovuti potrà essere effettuato:

- a) Presso gli Uffici Ticket dei Presidi Ospedalieri dell'Azienda;
- b) A mezzo di bonifico bancario sul c/c acceso presso la Banca Nazionale del Lavoro, intestato a "Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa" – Codice IBAN: IT 23T 0100517000000000218700 – indicando la causale "Rilascio documentazione sanitaria";
- c) A mezzo versamento sul c/c postale n.11685971 intestato a "Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa" indicando la causale "Rilascio documentazione sanitaria".

In caso di spedizione l'importo per il rilascio andrà integrato delle spese postali.

DATA _____

FIRMA _____

ALLEGARE FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA' VALIDO DEL PAZIENTE E DEL DELEGATO