



RICHIESTA CARTELLA CLINICA EUROPEAN

COME PRENOTARE LA CARTELLA CLINICA

- 📌 **RECANDOSI ALLO SPORTELLO** cartelle cliniche (tel.06/65975651) aperto il martedì dalle ore 9.00 alle ore 12.00.
I tempi di consegna varieranno in base al tipo di ricovero effettuato e verranno indicati al momento della prenotazione.
Il ritiro e il pagamento di Euro 29.50 avverrà presso lo stesso sportello.
- 📌 **INVIANDO UNA MAIL ALL'INDIRIZZO** european@digitahub.it se si desidera ricevere la cartella al proprio domicilio. Riceverete istruzioni e modulo da compilare per la richiesta di spedizione. In caso di spedizione l'importo da pagare, direttamente al corriere, al momento della consegna sarà di Euro 40.00 (cartella Euro 29,50 cad. + spese di spedizione Euro 10.50)

CHI PUO' RITIRARE LA CARTELLA CLINICA

- 📌 **L'INTESTATARIO** della cartella clinica provvisto di documento d'identità, un **DELEGATO** munito di apposita delega e documento d'identità del delegato e del delegante;
- 📌 Nel caso di minori o incapaci, **GLI ESERCENTI LA PATRIA POTESTA' O TUTORI** muniti di adeguata documentazione legale ed eventuale delega;
- 📌 Nel caso in cui l'intestatario sia deceduto, occorre che i **LEGITTIMI EREDI** forniscano l'atto notorio o dichiarazione sostitutiva, rilasciata dal Comune, che attesti la qualità di erede del richiedente.

Una volta comunicata la disponibilità della cartella clinica richiesta allo sportello, quest'ultima dovrà essere ritirata entro 2 MESI. Le copie richieste e non ritirate verranno distrutte.

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

Intestatario della cartella clinica (allegare copia del documento d'identità)

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Tel. abitazione _____ Cellulare _____

Data _____ Firma dell'intestatario _____

Richiedente copia della cartella clinica (compilare solo se persona diversa dall'intestatario allegando copia del documento dell'intestatario e del richiedente)

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Tel. abitazione _____ Cellulare _____

Data _____ Firma del richiedente _____

In qualità di (tutore/genitore- delegato- erede legittimo,altro) _____

CHIEDO COPIA DELLA CARTELLA

Numero _____ ricovero dal _____ al _____

presso l'ospedale _____

Da ricevere tramite spedizione al seguente indirizzo:

Nominativo _____

Via _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Io sottoscritto dichiaro di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art.76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445

Data _____ Firma _____

La consegna avverrà tramite spedizione a domicilio, al costo di 29,40 € cad. + spese di spedizione 13,10 € (iva inclusa). Pagamento in contrassegno (contanti) al corriere direttamente al momento della consegna.