



# R.S.A. "Villa Aurelia"

Cooperativa La Provvidenza Società Cooperativa Sociale

Sede Legale: Via Cavour, 38 - 37069 Villafranca di Verona (VR)

Sede operativa : Via Oglio , 122 - 46010 San Michele in Bosco (MN) - C.F. / P.I. 03007980232

## MODULO DI RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

### Intestatario della Documentazione sanitaria

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

Nato a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Documento di identità \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_

### Richiedente (Compilare solo se persona diversa dall'Intestatario della Documentazione sanitaria)

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

Nato a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Documento di identità \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità previste dall'art.76 del d.p.r. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci


#### DICHIARA DI ESSERE

- Tutore \*
- Curatore \*
- Amministratore di sostegno \*
- Erede (che agisce in nome e per conto degli altri coeredi)

\* (Allegare provvedimento di nomina da parte del Giudice Tutelare del Tribunale)

### CHIEDE

Copia di cartella clinica.

Tel. 0376.953301 r.a. Fax. 0376.950688  [www.rsavillaaurelia.it](http://www.rsavillaaurelia.it)

 [amministrazione@rsavillaaurelia.it](mailto:amministrazione@rsavillaaurelia.it)

Iscritta all'albo regionale delle Cooperative Sociali al n. VR0186



# R.S.A. "Villa Aurelia"

Cooperativa La Provvidenza Società Cooperativa Sociale

Sede Legale: Via Cavour, 38 - 37069 Villafranca di Verona (VR)

Sede operativa : Via Oglio , 122 – 46010 San Michele in Bosco (MN) – C.F. / P.I. 03007980232

## Modalità di ritiro e pagamento:

In caso di ritiro da parte di persona diversa dal richiedente occorre presentare anche delega e documento di identità del delegato;

- la copia della cartella clinica verrà ritirata presso gli Uffici Amministrativi della RSA Villa Aurelia
- la copia verrà spedita al seguente indirizzo con spese a carico del destinatario:


Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

*Il sottoscritto ai sensi del D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.*

Data \_\_\_\_\_ Firma (leggibile) \_\_\_\_\_

La cartella clinica viene rilasciata in dimissione entro 20 giorni lavorativi dalla data di richiesta. In caso di documentata urgenza, a giudizio della Direzione Sanitaria, la cartella clinica può essere rilasciata dopo 7 giorni lavorativi.

La tariffa per il rilascio di ogni copia della cartella clinica è di € 30,00 escluse eventuali spese di spedizione.

Tel. 0376.953301 r.a. Fax. 0376.950688  [www.rsavillaaurelia.it](http://www.rsavillaaurelia.it)

 [amministrazione@rsavillaaurelia.it](mailto:amministrazione@rsavillaaurelia.it)

Iscritta all'albo regionale delle Cooperative Sociali al n. VR0186