



Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO DELLA BASILICATA

Rionero in Vulture (PZ)

C. R. O. B.

85028 Rionero in Vulture (PZ) – Via Padre Pio,1 P. IVA. 01323150761 C.F. 93002460769- Tel. 0972-726111 Fax 0972-723509

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

AL DIRETTORE SANITARIO

SEDE

Il/La sottoscritto/a cognome _____ nome _____
 nato/a a _____ prov. _____ il ___/___/_____ residente
 in via _____ n. _____ a _____
 prov. _____ cap _____ tel. _____ doc. di identità _____
 n. _____ rilasciato da _____ il ___/___/_____

(di cui si allega copia) consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del DPR 28/12/2000, n.445, chiede copia della **cartella clinica** relativa al ricovero/Day Hospital/Day Surgery effettuato/i presso l'IRCCS CROB

nella Unità Operativa di _____ dal ___/___/_____ al ___/___/_____

nella Unità Operativa di _____ dal ___/___/_____ al ___/___/_____

nella Unità Operativa di _____ dal ___/___/_____ al ___/___/_____

relativa:

AL SOTTOSCRITTO

AL/ALLA SIGNOR/A

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ prov. _____ il ___/___/_____ residente

in via _____ n. _____ a _____

prov. _____ cap _____

del quale dichiaro sotto la mia personale responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000, n° 445, di essere:

GENITORE ESERCENTE LA POTESTÀ GENITORIALE

TUTORE COME DA ALLEGATA DOCUMENTAZIONE (MODULO AUTOCERTIFICAZIONE)

EREDE LEGITTIMO COME DA ALLEGATA DOCUMENTAZIONE (MODULO AUTOCERTIFICAZIONE)

Lo/a stesso/a si impegna, con la presente, al pagamento dei diritti per il rilascio di detta copia pari a:

- €10,00 per il ricovero ordinario;
- €2,00 per il ricovero di Day Hospital/Day Surgery.

Il pagamento potrà essere effettuato con le seguenti modalità:

- Cassa CUP dell'IRCCS CROB;
- Bonifico Bancario a favore del IRCCS CROB, IBAN IT09D0542404297000000000208, con causale richiesta copia documentazione sanitaria;

Il/La sottoscritt__ chiede inoltre che la copia venga spedita:

- all'indirizzo di residenza;
- al seguente indirizzo _____;

dietro pagamento aggiuntivo delle spese di spedizione pari a:

- €6,80 per il ricovero ordinario;
- €3,70 per il ricovero di Day Hospital/Day Surgery.

Lo/a stesso/a, inoltre,

DELEGA PER IL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE

Il/la Sig. _____

nato/a a _____ prov. _____ il ____/____/____

Residente a _____ in Via _____

di cui si verrà consegnata copia di un documento di identità in fase di ritiro della cartella clinica.

Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs 196/03, dichiara di essere stato informato sulle finalità del trattamento dei dati ed autorizza il trattamento, anche con strumenti informatici, dei dati personali contenuti nella presente richiesta, e negli eventuali allegati.

Il/La Richiedente

_____, li _____

La richiesta di copia della cartella clinica può essere consegnata a mano presso l'ufficio cartelle cliniche dell'Istituto od essere spedita via fax al n° 0972/726349, comprensiva di **documento di identità del richiedente fronte/retro, eventuale autocertificazione e ricevuta di pagamento.**

Il ritiro della cartella clinica può essere effettuato presso la Direzione Sanitaria del IRCCS CROB (terzo Piano) dal **lunedì** al **venerdì** dalle 11.00 alle 13.00.