

RICHIESTA COPIA DI CARTELLA CLINICA/DOCUMENTAZIONE SANITARIA

**Alla Direzione Sanitaria
di Sanatorio Triestino SpA**

IN CASO DI SOGGETTO MAGGIORENNE

Il/La sottoscritto/a Sig./ra _____ nato/a il _____
avendo eseguito la seguente prestazione sanitaria: _____
in data _____ con il medico _____

IN CASO DI SOGGETTO MINORENNE O DI SOGGETTO SOTTOPOSTO A TUTELA

Il/La sottoscritto/a Sig./ra _____ nato/a il _____
avente responsabilità genitoriale/tutoriale nei confronti di _____
nato/a il _____ che ha eseguito la seguente prestazione sanitaria: _____
in data _____ con il medico _____

CHIEDE

☐ **A) il RILASCIO di copia conforme** della sotto indicata documentazione sanitaria:

- | | |
|---|---------|
| ☐ REFERTO DI ESAME DIAGNOSTICO: REFERTO o CD | € 10,00 |
| ☐ REFERTO DI ESAME DIAGNOSTICO: REFERTO + CD | € 20,00 |
| ☐ CARTELLA CLINICA | € 25,00 |
| ☐ Altro (specificare) _____ | |

☐ **B) l'INVIO** della sopra indicata documentazione sanitaria (costo omnicomprendente):

- | | |
|--|---------|
| ☐ REFERTO DI ESAME DIAGNOSTICO CARTACEO (SENZA CD) con servizio di posta raccomandata | € 17,00 |
| ☐ REFERTO DI ESAME DIAGNOSTICO SU CD con servizio di posta raccomandata | € 25,00 |
| ☐ n. 1 CARTELLA CLINICA con servizio di posta raccomandata | € 35,00 |
| ☐ n. 2 CARTELLE CLINICHE con servizio di posta raccomandata | € 60,00 |
| ☐ REFERTO/ISTOLOGICO/PAP TEST con servizio di posta raccomandata | € 10,00 |

e, a tal fine:

AUTORIZZA

il Sanatorio Triestino ad inviare a mezzo servizio postale quanto richiesto all'indirizzo di seguito riportato:

NOME RIPORTATO SUL CAMPANELLO: _____
VIA _____ n. _____
CAP _____ LOCALITÀ _____ Prov. _____

Ai sensi e nel rispetto della legge 196/03 esonero il Sanatorio Triestino da qualunque responsabilità, diretta ed indiretta, che tale invio può causare (errato recapito, smarrimento, ritardo e/o mancato recapito, ecc.)

Dichiara inoltre di essere stato messo a conoscenza:

- ✓ del costo di tale servizio, che accetta espressamente con la sottoscrizione della presente;
- ✓ che la copia della documentazione richiesta sarà eseguita non appena preso atto dell'avvenuto pagamento dei relativi costi;
- ✓ che in caso di mancato ritiro da parte del destinatario, il plico con il referto ritorna presso il Sanatorio Triestino e l'interessato potrà ritirare il referto direttamente presso la segreteria, con un ulteriore addebito, per le spese postali di mancato ritiro, pari a € 10,00.

Con la firma della presente dichiaro di essere stato correttamente informato di tutto quanto sopra riportato e autorizzo espressamente il Sanatorio Triestino all'invio del referto all'indirizzo sopra riportato.

A tal fine DELEGA, liberando la Casa di Cura da qualsiasi responsabilità al riguardo il/la Sig./a

_____ nato/a _____ il _____ residente a _____
_____ via _____

(Allegare fotocopie del documento di identità – fronte/retro - dell'intestatario della documentazione sanitaria e del delegato.

Data _____

(firma leggibile)