



**FONDAZIONE OSPEDALE GIUSEPPE ARAGONA
ISTITUTO GERIATRICO E RIABILITATIVO - ONLUS**

Viale Grasselli Barni 47, 26037 San Giovanni in Croce – Cremona
Tel. 0375/310438 Fax 0375/310053 - C.F./P.I. 00296100191

www.ospedalearagona.org - direzionegenerale@ospedalearagona.org
direzionegenerale@pec.ospedalearagona.org direzione sanitaria@pec.ospedalearagona.org

MPSAN7.03
Rev0

RICHIESTA COPIA di

Cartella Clinica; **Esami strumentali o CD**

Il sottoscritto/a _____ data e luogo di nascita: _____

Residenza: _____ Telefono: _____

In qualità di: diretto interessato; Amm.re di Sostegno; Tutore; Altro soggetto

Chiede copia della/e cartella/e cliniche dei ricoveri sotto elencati

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

Per uso: medico; assicurativo; legale; personale; altro uso consentito dalla legge

Modalità del ritiro: da parte dell'interessato o delegato; posta/contrassegno.

Il pagamento dovrà essere effettuato all'atto della richiesta:

- Fotocopia cartella clinica: 25 Euro
- Fotocopia esami strumentali o CD: 10 Euro

Delego al ritiro il/la sig./ra _____

(grado di parentela) _____ nato/a il _____

Il sottoscritto ai sensi del GDPR 2016/679 (Regolamento Generale per la 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.

Firma del Richiedete

Data, _____

Allegati :

- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente**
- Fotocopia del documento di riconoscimento del/la delegato/a**
- Fotocopia dell'avvenuto pagamento**

Vista la richiesta e gli eventuali allegati, si autorizza il rilascio della documentazione di cui sopra

La Direzione Sanitaria

Data, _____