



# Casa di Cura Villa Bianca

## RICHIESTA COPIA DI DOCUMENTI CLINICI

AL DIRETTORE SANITARIO DELLA CASA DI CURA VILLA BIANCA - LECCE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

## CHIEDE

Con riferimento al:

- Proprio ricovero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- Ricovero del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

• **il rilascio di:**

**COPIA CONFORME DELLA CARTELLA CLINICA PER**

- Ricovero convenzionato al costo di 30,00 €
- Ricovero privato al costo di 37,00 € (30,33 € + iva 22%)

- COPIA DI n. \_\_ RADIOGRAMMI** al costo di 20,00 € (16,39 € + iva 22%)  
(per ogni radiogramma)

- **che la documentazione venga spedita al seguente indirizzo** (solo se diverso da quello su indicato)  
al costo di 12,00 € (9,84 € + iva 22%)  
Città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

## ai sensi degli art. 46 – 47 DPR 445/00 DICHIARA DI ESSERE

- (da compilare solo se la cartella clinica si riferisce a persona diversa dal richiedente)
- esercente la potestà genitoriale dell'intestatario/a della cartella clinica
- tutore del minore intestatario/a della cartella clinica
- tutore dell'interdetto/a intestatario/a della cartella clinica
- amministratore di sostegno dell'intestatario/a della cartella clinica
- erede dell'intestatario/a della cartella clinica

## ALLEGA

- copia della ricevuta di pagamento effettuato tramite:
- la cassa della Casa di Cura Villa Bianca;
  - versamento sul c/c postale n. 54524715 - intestato a:  
Sint.El. srl, via Leuca, 133 – 73100 – Lecce – con causale “copia di documenti clinici”  
(utilizzando il bollettino allegato);
  - bonifico bancario IBAN IT21G010301600200000034047 Monte dei Paschi di Siena -  
intestato a Sint.El. srl – con causale “copia di documenti clinici”
- fotocopia del documento di identità in corso di validità del sottoscritto richiedente;

## DICHIARA INOLTRE

Di essere consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere di falsità negli atti di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000.

Dati trattati ai sensi degli art. 13-14 del GDPR (General Data Protection Regulation) 2016/679

Data \_\_\_\_\_

Firma (per esteso)  
\_\_\_\_\_

## DELEGA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

il Sig./la Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

DELEGA  
al ritiro della copia dei documenti clinici richiesti con il presente modello.  
(Al momento del ritiro occorre consegnare il documento di identità del delegato)

Data \_\_\_\_\_

Firma per esteso  
\_\_\_\_\_

Modalità di consegna del presente modello

1. Personalmente all'Office della Casa di Cura Villa Bianca;
2. tramite fax al n. 0832.217644;
3. tramite mail all'indirizzo [drq@villabianca.org](mailto:drq@villabianca.org) o tramite posta certificata PEC [sintel@pec.it](mailto:sintel@pec.it)
4. A mezzo posta: Casa di Cura Villa Bianca, via Leuca, 133 – 73100 – Lecce

Avvertenze

Si ricorda che l'utilizzo di casella di posta elettronica ordinaria non garantisce la riservatezza dei dati durante la trasmissione.

## TEMPI DI CONSEGNA

I tempi di consegna sono quelli previsti dall'art. 4, comma 2 della LEGGE 8 marzo 2017, n 24.

**RISERVATO ALLA CASA DI CURA VILLA BIANCA**

Fattura n \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Firma dell'operatore \_\_\_\_\_

Rev. del 30-03-2018