



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 50,00 €
- Ricovero privato al costo di 60,00 € (49,18 € + 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 15,00 € (12,29 € + 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;
 - bonifico bancario IBAN IT10W0326816002052527107210 Banca Sella - 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 _____

DELEGA

il Sig./la Sig.ra _____ nato/a a _____ il _____

residente a _____ prov. _____ via _____ CAP _____

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 urp@villabianca.org o tramite posta certificata PEC 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

Fatturan _____ del _____

Firma dell'operatore _____

Rev. 4 del 16-01-2024