



**Casa di cura "VILLA SERENA" S.p.A.**  
CENTRO DI RIABILITAZIONE  
CARDIOCIRCOLATORIA, RESPIRATORIA,  
NEUROMOTORIA E LUNGODEGENZA  
Direttore Sanitario: Dott. Gian Piero ICARDI  
10045 PIOSSASCO, Via Magenta 45  
Telefono: 011/90.39.888(centralino) – 011/90.39.820 (prenotazioni)  
E-mail: [posta@villaserenapiossasco.it](mailto:posta@villaserenapiossasco.it)  
Sito Internet: <http://www.villaserenapiossasco.it>

**MODULO  
R1**

**Rev. 6  
16/01/2024**

## Richiesta di copie della Cartella Clinica da parte dell'intestatario

### Intestatario della cartella

Nome ..... Cognome .....

Nato/a a ..... prov. (.....) il .....

Residente a ..... Via ..... n° .....

CAP ..... Provincia ..... Telefono ..... Cellulare .....

ricoverato presso Villa Serena dal ..... al .....

n° di copie della cartella clinica richieste:       1       2

### Modalità di ritiro e pagamento (barrare la casella che interessa)

**Ritiro presso l'ufficio ricoveri:**

Il ritiro deve avvenire personalmente dal lunedì al venerdì dalle ore 9.30 alle ore 15.00 al costo di € **20.00** per ogni copia (pagato anticipatamente), previa esibizione di un documento di riconoscimento in corso di validità o tramite delega (modulo R3) previa esibizione dei documenti di riconoscimento in corso di validità sia dell'intestatario (fotocopia) che del delegato.

**Invio tramite raccomandata assicurata:**

Il costo è di € **20.00** per ogni copia + € **40.00** per la spedizione, da versarsi al momento della richiesta o tramite bonifico bancario intestato a Villa Serena S.p.A.

IBAN IT18A0303230750010000000800

La Cartella Clinica è da recapitare:

all'indirizzo di residenza

all'indirizzo .....

Data ..... Firma .....

**Note:** il tempo di consegna della copia della Cartella Clinica è il più breve possibile, compatibilmente alle problematiche d'ufficio e di spedizione e, di norma, compreso nel limite di 7 giorni lavorativi dalla data di consegna della presente richiesta e/o dalla ricevuta dell'avvenuto pagamento.

### Riservato all'ufficio ricoveri

Richiesta evasa in data .....

Firma del richiedente (o delegato) .....

Firma dell'impiegata ufficio ricoveri .....