



Casa di cura "VILLA SERENA" S.p.A.

CENTRO DI RIABILITAZIONE
CARDIOCIRCOLATORIA, RESPIRATORIA,
NEUROMOTORIA E LUNGOGENZA

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

Sito Internet: <http://www.villaserenapiossasco.it>

**MODULO
R2**

Rev. 7
16/01/2024

Richiesta di copie della Cartella Clinica da parte di persona diversa

Richiedente legittimamente autorizzato

- Genitore esercitante la potestà Curatore dell'inabilitato Tutore dell'interdetto
 Amministratore di sostegno Erede (legittimo o testamentario)

Nome Cognome

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

Residente a Vian°

CAP Provincia Telefono Cellulare

Intestatario della cartella

Nome Cognome

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. E' necessaria la dichiarazione sostitutiva di certificazione.

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