



**Casa di cura "VILLA SERENA" S.p.A.**  
CENTRO DI RIABILITAZIONE  
CARDIOCIRCOLATORIA, RESPIRATORIA,  
NEUROMOTORIA E LUNGODEGENZA

10045 PIOSSASCO, Via Magenta 45  
Telefono : 011/90.39.888(centralino) – 011/90.39.622 (prenotazioni)  
Fax : 011/904.22.11 E-mail: [posta@villaserenapiossasco.it](mailto:posta@villaserenapiossasco.it)  
Sito Internet: <http://www.villaserenapiossasco.it>

**MODULO  
R2**

Revisione 4.1  
Data: 02/01/2018

## 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 ..... Via ..... n° .....

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** (dal lunedì al venerdì dalle ore 9.30 alle ore 14.15, costo € 15.00 per ogni copia, pagato anticipatamente), personalmente 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 del richiedente (fotocopia) che del delegato, dichiarazione sostitutiva di certificazione
- Invio tramite raccomandata assicurata** (Costo € 15.00 per ogni copia + € 10.00 per la spedizione, da versarsi al momento della richiesta o tramite bonifico bancario intestato a Villa Serena S.p.A. IBAN IT18A0303230750010000000800) 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 .....