



STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA
VILLA GIUSEPPINA

UFFICIO CARTELLE CLINICHE
TEL. 06 5529621 - FAX 06/5515786
e-mail info@villagiuseppina.it

RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA IN COPIA AUTENTICA

Il/la sottoscritto/a

in qualità di: titolare delegato erede tutore altro (documentazione allegata)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445,
chiede il rilascio della

copia cartella clinica completa copia cartella clinica ultimo ricovero

del/della paziente

Sig./ra:	nato/a a	il
residente a	Prov.	C.A.P.
via/piazza	N.
ricoverato/a il		

Si richiede inoltre la SPEDIZIONE a mezzo raccomandata A/R

- al domicilio sopraindicato
 all'indirizzo seguente:

Sig.:	residente a	Prov.
C.A.P.	via/piazza	N.

Delega al ritiro _____ documento _____

DICHIARO consapevolmente di **accettare** che:

- il pagamento per la richiesta della documentazione avvenga in forma anticipata (vedi tariffa sul retro);
- la spedizione della documentazione avvenga entro 30 giorni dalla data della richiesta;
- la spedizione della documentazione avvenga secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale.

LIBERO Villa Giuseppina da ogni responsabilità in merito alla consegna della documentazione al domicilio o ad altro indirizzo indicato, autorizzandola all'utilizzo dei dati personali (D.Lgs. 196/2003 Privacy).

I dati contenuti in questo documento sono strumentali all'attività sanitaria e amministrativa; sono utilizzati per compiere specifici obblighi previsti dalle normative; saranno trattati in conformità a quanto prescrive la legge sul trattamento dei dati personali e secondo le disposizioni attuative della medesima legge (D.Lgs 196/2003).

..... (Firma del richiedente per esteso) (Documento di identità)

Roma,
(Data della richiesta)

→ NON COMPILARE LA PARTE SOTTOSTANTE CHE VERRA' COMPLETATA AL MOMENTO DEL RITIRO ←

..... (Firma dell'interessato o di un suo delegato) (Documento di identità)

Ritira copia cartella il/la sig/sig.ra.....
Roma, ____/____/____
L'Ufficio Villa Giuseppina.....

Trascorsi 90 giorni dalla data richiesta, la copia prodotta della cartella clinica verrà distrutta (senza diritto di rimborso)



**STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA
VILLA GIUSEPPINA**

UFFICIO CARTELLE CLINICHE
TEL. 06 5529621 - FAX 06/5515786
e-mail info@villagiuseppina.it

FOGLIO INFORMATIVO

MODALITA' DI RICHIESTA E RITIRO DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Per la richiesta e il ritiro della documentazione sanitaria è necessario compilare l'apposito modulo che viene rilasciato dall'Accettazione di Villa Giuseppina, allegando copia di un documento di identità e accettando le tariffe di seguito indicate:

TARIFFA PER IL RILASCIO DI OGNI SINGOLA DOCUMENTAZIONE IN COPIA AUTENTICA

€35,00 (trentacinque/00)

**Trascorsi 90 giorni dalla data di richiesta,
la copia della documentazione sanitaria verrà eliminata**

LA CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA VERRA' EFFETTUATA PRESSO LA RECEPTION DAL LUNEDI' AL VENERDI' (ORE 9.00 – 17.00), O SPEDITA A DOMICILIO

IL PAGAMENTO DOVRA' ESSERE EFFETTUATO AL MOMENTO DELLA RICHIESTA (contanti/POS) O TRAMITE BONIFICO BANCARIO (codice IBAN IT92A0623003204000030909648)

IN CASO DI SPEDIZIONE A DOMICILIO, IL COSTO DELLA COPIA SARA' MAGGIORATO PER LE SPESE POSTALI DI €15,00 (quindici/00)

LA DOCUMENTAZIONE POTRA' ESSERE CONSEGNATA ESCLUSIVAMENTE A:

- **INTESTATARIO** PROVVISORIO DI DOCUMENTO DI IDENTITA'
- **DELEGATO** FORNITO DI DOCUMENTO PERSONALE DI IDENTITA', DI DELEGA SCRITTA E DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' DELLA PAZIENTE
- **NEL CASO DI MINORENNI E/O INCAPACI**, AGLI ESERCENTI LA PATRIA POTESTA' O TUTORI (o loro delegati) muniti di adeguata documentazione legale.

N.B. Nel caso in cui l'intestatario sia DECEDUTO la documentazione clinica verrà rilasciata solo agli eredi legittimi (o loro delegati) muniti di adeguata documentazione legale.

CONTATTI

TEL.06/5529621 - FAX 06/5515786

info@villagiuseppina.it

www.villagiuseppina.it