

**Inviare questo modulo insieme a fotocopia documento identità.
alla Email: cartellecliniche@meyer.it
oppure spedire a: Ospedale Meyer - Uff. Cartelle cliniche Viale Pieraccini 24 50126 Firenze
Per informazioni tel 0555662429**

RICHIESTA COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il sottoscritto.....nato ail.....

Residente inCap.....Via.....n.....

Telefono..... **E Mail**.....

In qualità di (specificare: genitore, tutore, altro) **titolare della RESPONSABILITA GENITORIALE.**

CHIEDE, N..... COPIE di:

- CARTELLA CLINICA (oltre 100 pagine si consegna copia in PDF su supporto informatico CD)
- COPIA ESAMI RADIOGRAFICI su CD del CD esame RX in PRONTO SOCCORSO del
- Esame istologico del.....(invio per mail) ELETTROENCEFALOGRAMMA del(copia su CD)
- Referto non ritirato del Altro

Relativa alla persona di seguito indicata:

COGNOME.....NOME
LUOGO e DATA DI NASCITA.....

Ricoverato nei seguenti periodi (per facilitare la ricerca si prega di fornire notizie precise sul ricovero):

Dal	Al	Reperto	Altri dati (eventuali): nome del Primario/ Medico del Reparto – Motivo del ricovero

La suddetta documentazione: **Attenzione: L'importo da pagare verrà comunicato per email.**

dovrà essere spedita all'indirizzo indicato

verrà ritirata allo sportello dall'interessato, dai titolari della Resp.Genitoriale o da delegato

DELEGA (n.b. al ritiro presentare documento del delegante e del delegato)
Ai sensi GDPR 2016/679 (Privacy) il sottoscritto delega al ritiro della documentazione suddetta il
Sig.

Costo della Cartella Clinica da 10 a 30 € – costo CD Radiologia 10 € - Spedizione 8 €

Data..... **Firma**.....

RISERVATO ALL'UFFICIO: ESTREMI DEL DOCUMENTO DEL RICHIEDENTE
.....
L'Operatore Addetto.....

CONSEGNA: DATA RITIRO _____

Documento di chi ritira FIRMA di chi ritira Sigla Operatore.....