

Inviare questo modulo insieme a fotocopia documento identità e ricevuta acconto pagato
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 RESPONSABILITÀ GENITORIALE.**

CHIEDE, allegando l'attestazione del versamento a titolo di acconto, N..... COPIE di:

- CARTELLA CLINICA (oltre 100 pagine si consegna copia in PDF su supporto informatico CD)
- COPIA ESAMI RADIOGRAFICI su CD 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	Reparto	Altri dati (eventuali): nome del Primario/ Medico del Reparto – Motivo del ricovero

La suddetta documentazione:

- dovrà essere spedita all'indirizzo indicato (**acconto di 18 €**, il saldo da pagare sarà comunicato per mail)
- verrà ritirata allo sportello dall'interessato, dai titolari della Resp.Genitoriale o da delegato (**acconto 10 €**)

DELEGA (n.b. al ritiro presentare documento del delegante e del delegato)

Ai sensi D.Lgs. 196/2003 (Privacy) il sottoscritto delega al ritiro della documentazione suddetta il

Sig.

Attenzione: 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..... (unire alla presente il versamento di acconto)

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