

**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 (se **PRIMA** richiesta di cartella barrare QUI)

COPIA ESAMI RADIOGRAFICI su CD del CD esame RX in PRONTO SOCCORSO del

Esame istologico del.....(invio per mail) ELETTOENCEFALOGRAMMA 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: **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 € (gratuita su CD solo se Prima richiesta) - oltre 20 pagine si consegna copia in PDF su supporto informatico CD – costo CD Radiologia 10 € - Spedizione 8 €

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

RISERVATO ALL'UFFICIO: ESTREMI DEL DOCUMENTO DEL RICHIEDENTE
.....

L'Operatore Addetto.....

Documento di chi ritiraFIRMA di chi ritira Sigla Operatore.....