

## RICHIESTA di COPIA di DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Alla Direzione Sanitaria del Marrelli Hospital  
(powered by Marrelli Health S.r.l.)  
Via G. da Fiore, 5 – 88900 Crotone (KR)

### Il sottoscritto:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Documento di identità

\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Rilasciato da \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 del d.p.r. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci

### DICHIARA DI ESSERE

- Intestatario della documentazione sanitaria** (per richieste inoltrate via fax 0962.963060 o e-mail [cartella.clinica@marrellihospital.it](mailto:cartella.clinica@marrellihospital.it) allegare copia del documento d'identità)
- Genitore esercente la patria potestà** (allegare copia del documento di identità)
- Tutore** (allegare copia della sentenza attestante lo stato di tutore e copia del documento di identità)
- Erede che agisce in nome e per conto degli altri coeredi** (allegare copia del documento di identità)

Dell'intestatario della documentazione sanitaria di seguito indicato (solo se soggetto diverso dal richiedente):

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

### CHIEDE

- n° \_\_\_\_\_ copie della cartella clinica al periodo di ricovero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- n° \_\_\_\_\_ copie della cartella clinica al periodo di ricovero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- Con esame radiologico

**PROVEDERÀ AL RITIRO CON LE SEGUENTI MODALITÀ:**

- Provvederà personalmente al ritiro della documentazione richiesta
- Nell'impossibilità di potervi provvedere personalmente:
  - delega al ritiro compilando la sottostante sezione "DELEGA AL RITIRO"
  - chiede che la documentazione venga spedita tramite posta raccomandata all'indirizzo presente

in cartella clinica o al seguente indirizzo:

---

---

**Per ricevere l'avviso di ritiro/spedizione della documentazione clinica richiesta, È**

**INDISPENSABILE indicare qui di seguito il numero di cellulare:** \_\_\_\_\_

Il sottoscritto ai sensi del D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

---

Di norma la copia della documentazione sanitaria è pronta in circa 30 giorni dalla domanda. In taluni casi, per consentire le prassi di chiusura della cartella clinica o ambulatoriale da parte del personale di reparto, potrebbe intercorrere un tempo maggiore. Il costo per il rilascio della documentazione sanitaria è di €. 60,00 per l'eventuale spedizione il costo è di €. 70,00. L'importo è da intendersi per ciascuna copia.

---

**DELEGA AL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Si ricorda che la documentazione sanitaria richiesta, in assenza di compilazione del presente modulo di delega al ritiro, non sarà consegnato se non all'interessato.

*Per il ritiro della documentazione sanitaria richiesta è indispensabile presentarsi muniti di documento di identità in corso di validità.*

Data \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

**DELEGA**

Il/La Sig./Sig.ra: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Pr. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Tipo e documento di identità n° \_\_\_\_\_

Al ritiro della documentazione sanitaria, previa esibizione del documento d'identità.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

In data odierna il Sig./la Sig.ra \_\_\_\_\_ ha ritirato la documentazione sanitaria.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_