

	Accettazione RICHIESTA DI TERZI FOTOCOPIA CARTELLA CLINICA	Mod. 0013	Pag. 1 di 2
		Parola chiave: cartella clinica	
		Rev. 01	del 23/03/2026

**AL DIRETTORE SANITARIO
NUOVA CASA DI CURA SANT'ANNA S.r.l.**

RICHIEDENTE:

(cognome) _____ (nome) _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____

telefono (fisso o mobile) _____ e-mail (facoltativa) _____

CHIEDE IL RILASCIO DI COPIA CONFORME DELLA CARTELLA CLINICA
ai sensi della L. 24/2017

RELATIVA AL RICOVERO DEL/DELLA SIG./SIG.RA:

(cognome) _____ (nome) _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____

stato di nascita _____ nazionalità _____

residente a _____ prov. _____ CAP _____

via _____ n. _____

Presso il reparto di _____

periodo dal _____ al _____

DICHIARA - ai sensi degli artt. 46 – 47 DPR 445/00 - DI ESSERE

(da compilare solo se la cartella clinica si riferisce a persona diversa dal richiedente)

- ☐ esercente la potestà genitoriale dell'intestatario/a della cartella clinica
- ☐ tutore del minore intestatario/a della cartella clinica
- ☐ tutore dell'interdetto/a intestatario/a della cartella clinica
- ☐ amministratore di sostegno dell'intestatario/a della cartella clinica
- ☐ erede dell'intestatario/a della cartella clinica
- ☐ coniuge e dichiara, inoltre, che l'intestatario della cartella clinica è temporaneamente impedito alla sottoscrizione della presente richiesta per ragioni connesse allo stato di salute
- ☐ figlio/a (solo in assenza del coniuge) e dichiara, inoltre, che l'intestatario della cartella clinica è temporaneamente impedito alla sottoscrizione della presente richiesta per ragioni connesse allo stato di salute
- ☐ altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado (solo in assenza del coniuge e del figlio dell'intestatario) e dichiara, inoltre, che l'intestatario della cartella clinica è temporaneamente impedito alla sottoscrizione della presente richiesta per ragioni connesse allo stato di salute.

CHIEDE IL RILASCIO

	Accettazione RICHIESTA DI TERZI FOTOCOPIA CARTELLA CLINICA	Mod. 0013	Pag. 2 di 2
		Parola chiave: cartella clinica	
		Rev. 01	del 23/03/2026

- ☐ **al costo di € 30,40** invio a mezzo Racc. A/R entro 30 gg
- ☐ **al costo di € 15,20** ritiro a mano presso l'Ufficio Accettazione entro 30 gg

Modalità di pagamento:

Bonifico Bancario intestato a **Nuova Casa di Cura Sant'Anna S.r.l.**
Crédit Agricole Italia S.p.A.
IBAN: IT 07U 06230 01001 000042236162

CHIEDE DI RICEVERE LA DOCUMENTAZIONE AL SEGUENTE INDIRIZZO
specificare solo se diverso da quello sopraindicato

Comune _____ prov. _____ CAP _____
 via _____ n. _____

ALLEGA

- ☐ Copia della ricevuta del pagamento effettuato:
- ☐ Fotocopia documento d'identità in corso di validità del sottoscritto richiedente e del Paziente

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REG. UE n. 679/16 ("PRIVACY"):

"Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati in conformità al Reg. UE n. 679/16 e del D.Lgs. 196/2003 s.m.i. dalla Nuova Casa di Cura Sant'Anna s.r.l. per adempiere ad obblighi di legge e contrattuali. L'informativa estesa sul trattamento dei dati personali ex art. 13 e/o 14 del Reg. UE n. 679/16 è pubblicata sul sito internet della Nuova Casa di Cura Sant'Anna (www.santannacasale.it/diritto-alla-riservatezza-privacy) (Mod. 007 Consenso al trattamento dei dati personali ricovero e prestazioni ambulatoriali).

INVIARE IL PRESENTE MODULO ALL'INDIRIZZO MAIL ufficio.accettazione@santannacasale.it

In caso di **paziente minorenne**, la fotocopia deve essere richiesta da tutti e due i genitori, se ancora in vita, oppure fornendo documentazione che uno solo dei due può esercitare la potestà genitoriale.

Data _____ firma (per esteso) _____

Data _____ firma (per esteso) _____