

	Accettazione RICHIESTA DEL RICOVERATO FOTOCOPIA CARTELLA CLINICA	Mod. 0471	Pag. 1 di 2
		Parola chiave: c.c. ricoverato	
		Rev. 02	del 14/05/2026

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

RICHIEDENTE (allegare i documenti d'identità):

(cognome) _____ (nome) _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____

stato di nascita _____ nazionalità _____

residente a _____ prov. _____ CAP _____

via _____ n. _____

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

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

Presso il reparto di _____

periodo dal _____ al _____

☐ 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. _____

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. 0007 "Consenso al trattamento dei dati personali Ricovero e Prestazioni Ambulatoriali)."

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

Data _____ firma (per esteso) _____

info@santannacasale.it	www.santannacasale.it
Nuova Casa di Cura Sant'Anna S.r.l. Viale Cavalli d'Olivola, 22 - 15033 - Casale M.to (AL) Tel 0142/334611 Fax 0142/75812 Documento di proprietà della Nuova Casa di Cura Sant'Anna srl - Clinica Privata Accreditata. È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta.	

	Accettazione RICHIESTA DEL RICOVERATO FOTOCOPIA CARTELLA CLINICA	Mod. 0471	Pag. 2 di 2
		Parola chiave:	cartella clinica
		Rev. 02	del 14/05/2026

DELEGA PER RITIRO COPIA CARTELLA CLINICA

Il/la sottoscritto/a (delegante) _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via _____ n. _____
Codice Fiscale _____

D E L E G A

Il/la Sig./Sig.ra _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via _____ n. _____
Codice Fiscale _____

Documento di identità _____ numero _____

(da presentare in originale al momento del ritiro)

a ritirare la copia della Cartella Clinica numero _____ relativa al ricovero avvenuto
dal _____ al _____ presso il reparto di _____

Il/la sottoscritto/a solleva la Struttura da ogni responsabilità per quanto sopra delegato.

- Si allega copia del documento d'identità del delegante.

Il delegato dovrà presentarsi con il proprio documento di identità e tale delega debitamente compilata.

Casale Monferrato, _____

Firma del Delegante (chi delega) _____

Firma del Delegato (al momento del ritiro) _____