



MODULO DI RICHIESTA/DELEGA PER IL RITIRO DELLA CARTELLA CLINICA

Il / la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
Ricoverato dal _____ al _____ Presso l'Unità Operativa di _____

CHIEDE IL RILASCIO DI COPIA CARTELLA CLINICA/ DELEGA

- Autorizzo il/la Sig./ra _____ nato/a _____
_____ il _____ al ritiro presso l'Ufficio delle Cartelle Cliniche
della copia della cartella clinica relativa alla propria degenza.
- Autorizzo la spedizione al seguente indirizzo: _____

Il sottoscritto viene informato che ai sensi dell'art. 26 L.4/1/1968 n. 15, le dichiarazioni mendaci e le falsità degli atti, nei casi previsti dalla legge sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

TARIFFE PER IL RILASCIO

Cartella clinica	€	20,00
Cartella clinica ambulatoriale	€	15,00
Rx e TAC	€	10,00
Certificato Pronto Soccorso	€	5,00
Documenti vari	€	5,00
Spese di spedizione postali	€	10,00

In caso di spedizione l'importo per il rilascio andrà integrato delle spese di spedizione sopra indicate.

MODALITA' DI PAGAMENTO

Il versamento degli importi dovuti potrà essere effettuato:

- a) attraverso PagoPA attivabile presso gli sportelli fisici Ticket dei Presidi Ospedalieri dell'Azienda o allo sportello virtuale presente sul sito aziendale;
- b) A mezzo di bonifico bancario sul c/c acceso presso la Banca Unicredit, intestato a "Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa" – Codice IBAN IT91P0200817002000107038151– indicando la causale "**Rilascio documentazione sanitaria + codice fiscale del soggetto che effettua il pagamento**".

DATA _____

FIRMA _____

ALLEGARE FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA' VALIDO DEL PAZIENTE E DEL DELEGATO