

## RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

La richiesta può essere presentata:

- direttamente alla Segreteria della Sede di Via Arquà, 5 – Modena
- tramite FAX al numero 059 305142
- tramite e-mail all'indirizzo: [segreteria@poliambulatoriopcm.it](mailto:segreteria@poliambulatoriopcm.it)

E' previsto un contributo anticipato (euro 20 per ritiro diretto - euro 30 per invio tramite posta):  
il pagamento potrà essere effettuato in Segreteria all'atto della richiesta  
o tramite Bonifico Bancario – IBAN IT74X0538712900000000707798, allegando copia alla richiesta.

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

in qualità di

- Intestatario della Cartella Clinica
- Genitore (esercitante la patria potestà) di ->
- Tutore/Amministratore di Sostegno di ->

Cognome \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

richiedo copia della cartella clinica del ricovero avvenuto in data \_\_\_\_\_, e chiedo:

- di ritirarla personalmente previo vostro contatto telefonico
- che sia consegnata in busta chiusa, previo vostro contatto telefonico, a persona da me delegata, munita di: delega, documento personale, copia di mio Documento di Identità
- che venga inviata al mio indirizzo tramite Raccomandata AR

In fede

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### Parte riservata ai pazienti assicurati:

Al fine di poter usufruire della copertura assicurativa, il sottoscritto \_\_\_\_\_  
**autorizza**

Il Poliambulatorio Chirurgico Modenese, nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 e del D. Lgs 196/03 così come modificato dal D. lgs 101/18, a trasmettere copia della propria documentazione sanitaria alla Compagnia Assicurativa \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

#### **Poliambulatorio Chirurgico Modenese Srl**

Tel. 059.306196 | Fax 059.305142  
[www.poliambulatoriopcm.it](http://www.poliambulatoriopcm.it)  
[info@poliambulatoriopcm.it](mailto:info@poliambulatoriopcm.it)

CF/PIVA/n° reg. imp. 02319560369 - Cap. Soc. € 100000,00 i.v.

#### **DOVE SIAMO:**

**SEDE LEGALE E CHIRURGICA**  
Via Arquà, 5 - 41125 Modena (SEDE LEGALE)

**SEDE AMBULATORIALE E POLO OCULISTICO**  
Strada Morane, 390 - 41125 Modena

#### **DIRETTORE SANITARIO:**

**Dott. Pierluigi Serafini**  
Specialista in Anestesia  
e Rianimazione

#### **SERVIZI:**

**Visite specialistiche,  
Diagnostica  
Chirurgia in regime:**

- Ambulatoriale
- Day Surgery