

Io sottoscritto/a _____
nato a _____ (____) il _____
Via _____ n° _____
Città _____ CAP _____ Tel. _____

In qualità di: intestatario della cartella genitore/tutore delegato

RICHIEDO COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

- Relativa al mio ricovero avvenuto in data _____
 Relativa al ricovero di _____
Luogo e data di nascita: _____ avvenuto in data _____

IN FORMATO

- ELETTRONICO al costo di € 20,**

e-mail: _____

Tel. Cellulare (obbligatorio) _____

e autorizzo che vengano comunicate tramite e-mail e con SMS al numero indicato le modalità di accesso al portale WEB per scaricare la cartella;

- CARTACEO al costo di € 30 con ritiro presso il Poliambulatorio;**

- CARTACEO al costo di € 40 con invio a mezzo posta** al seguente destinatario e indirizzo (se diverso dal richiedente):

Sig./Sig.ra _____

Via _____ n° _____

Città _____ CAP _____ Tel. _____

ACCETTO la condizione vincolante di pagamento anticipato, che posso effettuare in Segreteria all'atto della richiesta o tramite Bonifico Bancario – IBAN IT74X053871290000000707798, inviando la distinta e copia della richiesta all'indirizzo segreteria@poliambulatoriopcm.it.

Sono informato che i dati personali da me forniti saranno utilizzati esclusivamente ai fini dell'espletamento della presente richiesta, nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali (Regolamento Europeo 2016/679 e del D. Lgs 196/03 così come modificato dal D. lgs 101/18).

In fede

Data _____

Firma _____

Parte riservata ai pazienti assicurati:

Al fine di poter usufruire della copertura assicurativa, autorizzo 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 documentazione sanitaria alla Compagnia Assicurativa _____

Data _____

Firma _____