

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 IT74X0538712900000000707798, inviando la distinta e copia della richiesta all'indirizzo [segreteria@poliambulatoriopcm.it](mailto: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 \_\_\_\_\_