



**RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA  
DA DOMICILIO**

**R/007-04  
REV. 6  
Pag. 1/1**

**INVIARE FAX: 0185/776249**

**RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA da domicilio**

Io sottoscritt\_ ,

\_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_)

in Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

telefono n. \_\_\_\_\_

richiedo copia cartella clinica relativa alla mia degenza dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

**Allego alla presente:**

- fotocopia di un documento di identità valido
- copia ricevuta di avvenuto pagamento di € 48,80 (se spedita al mio indirizzo) o € 36,60 (se ritirata da me personalmente) tramite bonifico bancario intestato a :  
"Servizi Sanitari S.r.l." BANCA POPOLARE DI MILANO – Filiale di Genova  
IBAN IT 87 U 05034 01437 000000001678**

*In caso di ritiro da persona diversa, si prega presentarsi con una delega e il documento del paziente a cui è riferita la cartella clinica.*

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Da compilarsi a cura del personale amministrativo

Cartella clinica n .....

Data e firma (ritiro) \_\_\_\_\_