

**Intestatario della cartella clinica (allegare copia del documento di identità)**

Nome ..... Cognome.....  
nato/a a ..... Prov..... il.....  
residente a ..... Prov..... Via .....n.....  
Cap.....Telefono.....

**CHIEDE**

Rilascio copia della cartelle clinica riguardante:

Ricovero nel reparto di .....dal.....al.....  
da ritirare pro-manibus (a mano)  
da spedire al seguente indirizzo: .....

Data

Firma dell'intestatario

**Richiedente copia della cartella clinica (compilare solo se persona diversa dall'intestatario allegando copia del documento dell'intestatario e del richiedente)**

Nome ..... Cognome.....  
nato/a a ..... Prov..... il.....  
residente a ..... Prov..... Via .....n.....  
Cap.....Telefono.....

**CHIEDE**

Rilascio copia della cartella clinica del:

Sig./Sig.ra .....  
nato/a a ..... Prov..... il.....  
residente a ..... Prov..... Via .....n.....  
Cap.....Telefono.....

Ricoverato/a nel reparto di .....dal.....al.....  
da ritirare pro-manibus (a mano)  
da spedire al seguente indirizzo: .....

Consapevole delle responsabilità previste dall'art.79 del D.P.R. n.455/2000, in caso di dichiarazioni mendaci

**DICHIARA DI ESSERE**

Delegato dall'intestatario .....  
Genitore esercente la patria potestà .....  
Tutore .....  
Curatore .....  
Amministratore di sostegno .....  
Erede che agisce in nome e per conto degli altri coeredi .....  
Altro .....

Data

Firma del richiedente

[In caso di delegato dall'intestatario scaricare l'apposito modulo di delega \(clicca qui\)](#)

[Nei casi particolari è necessario produrre copia documentazione che attesti lo stato \(clicca qui\)](#)

**MODALITA'**

La richiesta del rilascio della copia della cartella clinica può avvenire solo dopo la dimissione e trascorsi almeno 40 g.g. dalla stessa e può essere effettuata secondo due modalità:

**DIRETTA:**presso la hall di ingresso dal LUNEDI' al VENERDI' dalle ore 08:00 alle 19:00, e il SABATO dalle ore 08:00 alle ore 14:00, presentando copia del documento di identità, effettuando un versamento di € 15.00 per la consegna a mano o di € 22.00 per la spedizione a mezzo raccomandata presso l'indirizzo indicato nel modulo di richiesta.

**PER POSTA:**spedire il modulo di richiesta compilato in ogni sua parte con la relativa documentazione prevista (clicca qui) all' indirizzo I.N.M.Neuromed - Via Atinense,18 - 86077 Pozzilli. Allegare vaglia postale **CIRCOLARE** intestato a I.N.M. Neuromed di € 15.00 per la consegna a mano o di € 22.00 per la spedizione a mezzo raccomandata.

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... Prov..... il.....  
residente a ..... Prov..... Via .....n.....  
Cap.....Telefono.....

Ricoverato/a nel reparto di ..... dal..... al.....

**in qualità di :**

Intestatario della cartella clinica .....  
Genitore esercente la patria potestà .....  
Tutore .....  
Curatore .....  
Amministratore di sostegno .....  
Erede che agisce in nome e per conto degli altri coeredi .....

**DELEGA**

Il/la Sig./Sig.ra .....  
nato/a a ..... Prov..... il.....  
residente a ..... Prov..... Via .....n.....  
Cap.....Telefono.....

a richiedere il rilascio della copia della cartella clinica secondo le seguenti modalità  
pro-manibus (a mano)  
per posta al seguente indirizzo: .....

Il sottoscritto ai sensi del D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali)  
acconsente che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di  
provvedere agli adempimenti di legge.

Data .....

Firma del delegante.....(allegare copia valido documento d'identità)  
Firma del delegato.....(allegare copia valido documento d'identità)