

Richiesta spedizione Certificazione Sanitaria

Spettabile
Policlinico Casilino
Direzione sanitaria

IL RICHIEDENTE

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ il _____ Cod. Fisc. _____
Residente a _____ in via/piazza _____ n° _____ Cap _____
Tel. _____ cell. _____ e-mail _____

in qualità di: intestatario della documentazione genitore esercitante la potestà
 tutore erede amministratore di sostegno curatore

è sempre necessario allegare, al momento della richiesta, la delega o la documentazione/autocertificazione attestante la titolarità ad effettuarla.

richiede la copia della documentazione sanitaria di:

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ il _____ Cod. Fisc. _____
Residente a _____ in via/p.zza _____ n° _____ Cap _____ Tel. _____

reparto: _____ dal _____ al _____ copie n° _____
reparto: _____ dal _____ al _____ copie n° _____
ambulatorio di _____ il _____ copie n° _____
ambulatorio di _____ il _____ copie n° _____

TARIFFE (inclusa spedizione e spese amministrative):

Cartella clinica di Day Hospital/Day Surgery	<input type="checkbox"/>	€ 25,00 (venticinque/00)
Cartella clinica tutti Reparti	<input type="checkbox"/>	€ 35,00 (trentacinque/00)
Cartella clinica di Terapia Intensiva	<input type="checkbox"/>	€ 40,00 (quaranta/00)
Cartella di Pronto Soccorso	<input type="checkbox"/>	€ 13,00 (tredici/00)
Certificato Ambulatoriale	<input type="checkbox"/>	€ 14,00 (quattordici/00)
Cartella ambulatoriale/APA	<input type="checkbox"/>	€ 18,00 (diciotto/00)
Certificato di Degenza	<input type="checkbox"/>	€ 10,00 (dieci/00)
Copia referto esame radiologico su CD	<input type="checkbox"/>	€ 18,00 (diciotto/00)

Si allegano alla presente richiesta:

- 1) fotocopia leggibile (fronte - retro) di un documento d'identità;
- 2) copia del bonifico effettuato a Eurosanità S.p.A. c/o Banca Popolare di Milano cod. IBAN: IT 96 R 05034 03304 000000000003, con causale del versamento: "spedizione cartella clinica Policlinico Casilino, del sig./a _____".

N.B.: nel caso di spedizione via mail gli allegati devono essere esclusivamente in formato PDF

Il/la sottoscritto/a, inoltre, ai sensi del Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali GDPR 2016/679 e del Dlgs 196/2003 così come modificato dal Dlgs 101/2018 della normativa italiana in materia di Privacy attuativa dello stesso, dichiara consapevolmente di accettare che il recapito della suddetta documentazione sanitaria avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantita dal Codice Postale, che prevede la consegna della Posta Raccomandata anche a persona diversa dal destinatario presente nel domicilio (es.: familiare, convivente, portiere dello stabile etc.); in caso di spedizione ad un indirizzo diverso da quello di residenza o presso terzi, compilare la dichiarazione sottostante.

data _____ firma _____

Il/la sottoscritto/a: cognome _____ nome _____, intestatario della documentazione sanitaria richiesta, desidera ricevere la stessa al seguente indirizzo, sollevandovi da ogni responsabilità:
presso _____ via/p.zza _____
n° _____ cap _____ città _____
data _____ in fede _____