

PROT. N. \_\_\_\_/\_\_\_\_



## MODULO RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

CC N. \_\_\_\_\_

**CENTRO  
NEUROLESI  
BONINO  
PULEJO**  
IRCCS MESSINA

Al Direttore Sanitario

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_ NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_ CELLULARE \_\_\_\_\_

Indirizzo email: \_\_\_\_\_

In qualità di:

DIRETTO INTERESSATO	AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/TUTOR	POTESTA' GENITORIALE PER MINORE	LEGGITTIMO EREDE	RAPPRESENTANTE LEGALE
---------------------	----------------------------------	---------------------------------	------------------	-----------------------

### CHIEDE COPIA DELLA CARTELLA CLINICA DI

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ricoverato presso il Reparto di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Unità Operativa \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### CHIEDE COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE CLINICA

RADIOGRAFIE	ECOGRAFIE	TAC	RMN	EEG
-------------	-----------	-----	-----	-----

Inerente al ricovero avvenuto presso l'I.R.C.C.S. di Messina

Pronto Soccorso del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ specificare il distretto corporeo \_\_\_\_\_  
oppure

Unità Operativa di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ esame eseguito  
il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (specificare distretto corporeo) \_\_\_\_\_

### DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA:

PER IL DIRETTO INTERESSATO	FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO
PER IL DELEGATO	FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL DELEGATO FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL DELEGANTE DELEGA
PER L'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/TUTOR	FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DICHIARAZIONE SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONE AI SENSI DELL'ART. 46 DEL DPR 445/00
LEGGITTIMO EREDE	FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' O COPIA DI SUCCESIONE
RAPPRESENTANTE LEGALE	FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO COPIA MANDATO

Messina il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**MODULO PER DELEGA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ documento d'identità n. \_\_\_\_\_  
rilasciato il \_\_\_\_\_

**DELEGO AL RITIRO DELLA COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA**

Il/La Sig.ra \_\_\_\_\_ documento d'identità n. \_\_\_\_\_  
rilasciato il \_\_\_\_\_

In fede

Il delegante \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**SPEDIZIONE (€7.00)**

\_\_\_\_ Chiedo che la copia mi sia spedita al seguente indirizzo:

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

CITTA' \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

**NOTA BENE:** LA CARTELLA CLINICA VERRA' EVASA SOLO DOPO AVER RICEVUTO  
COPIA DEL BOLLETTINO DI AVVENUTO PAGAMENTO CHE PUO' ESSERE INVIATO  
VIA EMAIL AL SEQUENTE INDIRIZZO: [cartellecliniche@irccsme.it](mailto:cartellecliniche@irccsme.it)

L'UTENZA VERRA' POI CONTATTATA TELEFONICAMENTE PER IL RITIRO DELLA  
CARTELLA CLINICA RICHIESTA CHE POTRA' ESSERE RITIRATA IL MARTEDI' E  
GIOVEDI' DALLE 9.00 ALLE 12.00

## **MODALITA' DI PAGAMENTO DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

L'importo da versare per il rilascio della cartella clinica è di €15.00

L'importo da versare per il rilascio dei CD radiodiagnostici è di €10.00 per esame

1. Il versamento dovrà essere effettuato sul C/C. postale n. 84449636 intestato a:

**IRCCS CENTRO NEUROLESI BONINO-PULEJO**

**VIA PALERMO SS.113 – CONTRADA CASAZZA**

**98124 MESSINA**

Oppure presso la tesoreria dell'Ente: IT27T010051650000000218020

**La causale dovrà riportare: Richiesta cartella clinica e il nome del paziente**

2. Dopo il versamento inviare la fotocopia dell'avvenuto pagamento al seguente indirizzo di posta elettronica: [cartellecliniche@irccsme.it](mailto:cartellecliniche@irccsme.it)
3. La cartella può essere ritirata brevi mano presso l'Ufficio Cartelle Cliniche 1° piano Direzione Sanitaria dell'IRCCS Neurolesi presidio Ospedale Piemonte il **Martedì** e **Giovedì** dalle 9.00 alle 12.00