



**FONDAZIONE
OSPEDALE CIVILE
DI GONZAGA**

RICHIESTA DOCUMENTI

Il/ La sottoscritto/a _____ Tel. _____

E-mail: _____ (solo per Certificati di ricovero);

Chiede con la presente

Il rilascio di:

- ☐ Cartella clinica (**Costo € 36,60** con versamento anticipato allo sportello oppure con bonifico utilizzando l'**IBAN IT25 C 01030 57672 000010007869** inserendo come causale "Costo amministrativo per fotocopia della cartella clinica del paziente – "Cognome e Nome");
- ☐ Certificato di ricovero;
- ☐ Altro _____

di me medesimo oppure del/della Sig./Sig.ra : _____

nato/a _____ il _____

residente in _____

via _____ N. _____

Il/La Richiedente

A tal fine allega:

- Copia del documento d'identità (del degente);
- Contabile del bonifico in caso di pagamento del costo amministrativo per fotocopia della cartella clinica
- Delega (se la richiesta è presentata da persona diversa dal degente);
- Autocertificazione degli Eredi e Certificato di morte in carta libera (in caso di degente defunto).

Riservato all'ufficio

Visto si autorizza

IL DIRETTORE SANITARIO
Dr. Roberto Pedrazzoli

Vi informiamo che il trattamento dei Vostri dati è da noi eseguito nel rispetto del D.Lgs. 196/03 sulla Privacy. In relazione a tale trattamento potete esercitare tutti i diritti di cui all'art. 7, contattandoci agli usuali recapiti. DELEGA per l'esercizio dei diritti ex art. 7 D. Lgs. 196/03.

VIA DEI BARBERI, 1 - 46023 GONZAGA MN - T +39 0376 58261/58003
P. IVA 01331680205 C.F. 82003890207 - info@ospedalegonzaga.it - ospedalegonzaga@pec-mynet.it
www.ospedalegonzaga.it