



Congregazione
Suore Misericordine di S. Gerardo
Monza

CASA DI CURA LECCO
"Beato Luigi Talamoni"

Via San Nicolò, 12 - 23900 Lecco
Tel: 0341274111 Fax: 0341284033

sito: www.casadicuratalamoni.it

email: direzione@casadicuratalamoni.it



Modulo per richiesta copia cartella clinica

Il sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Carta d'identità n:.....rilasciata dal comune.....scad.il:.....

In qualità di paziente

In qualità di erede legittimo di.....

In riferimento al ricovero avvenuto presso la nostra struttura

Reparto _____ dal _____ al _____

Reparto _____ dal _____ al _____

Reparto _____ dal _____ al _____

Chiede copia integrale della/e cartella/e cliniche dei ricoveri sopra elencati

Chiede copia su CD di tutte le radiografie eseguite durante il ricovero:

Chiede copia su CD delle seguenti radiografie eseguite durante il ricovero:

Specificare tipo di radiografia:

Chiede specifico estratto di cartella clinica:

- Lettera di dimissione
- Esami ematici
- Altro.....

delega alla domanda ed al ritiro il/la sig./ra:

Costi delle pratiche:

- Copia cartella integrale Euro 20,00 + Iva (Euro 24,40)
- Copie cartelle di ricoveri consecutivi (Ortopedia+ Riabilitazione) Euro 30 +Iva (36,60 Euro)
- CD con radiografie eseguite Euro 10 + iva (Euro 12,20)
- Estratto di cartelle: da 1 a 10 fogli Euro 5+ iva (Euro 6,10)

Possibili modalità di pagamento: al momento della richiesta se compilata di persona allo sportello, con bonifico bancario se invece la richiesta fosse tramite mail.

Se si desidera ricevere la documentazione tramite "raccomandata con ricevuta di ritorno" l'importo totale andrà incrementato con il costo della spedizione.

LA RICHIESTA DI INVIO PER RACCOMANDATA È DA COMPILARE SUL RETRO.



Congregazione
Suore Misericordine di S. Gerardo
Monza
CASA DI CURA LECCO
"Beato Luigi Talamoni"
Via San Nicolò, 12 - 23900 Lecco
Tel: 0341274111 Fax: 0341284033
sito: www.casadicuratalamoni.it
email: direzione@casadicuratalamoni.it



Chiedo inoltre che la copia mi venga spedita come raccomandata con ricevuta di ritorno (costo a carico del richiedente come tariffe postali) al seguente indirizzo:

Cognome _____

Nome _____

Via _____ n° civico _____

C.A.P. _____ Città _____ Prov. _____

Telefono _____

Allegati (obbligatori per l'accoglimento della domanda):

- Fotocopia del documento d'identità del richiedente
- Fotocopia del documento d'identità del/la delegato/a
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (se erede)

Data _____

_____ **Firma del richiedente**