

Il/la sottoscritto/a .....CF.....  
nato/a il...../...../..... a.....prov. (.....)  
residente a .....  
degente c/o l' U.O. ....anno.....

**(allegare** fotocopia non autenticata del documento di identità in corso di validità del sottoscrittore)

**RICHIEDE**

copia della documentazione, per uso:

Assicurativo  Medico  Personale  Altro (specificare).....

N° ..... copie cartella clinica **ricovero ordinario** dal.....al.....

N° ..... copie cartella clinica **ricovero diurno/ ambulatoriale** dal.....al.....

N° ..... copie **estratto di cartella clinica ricovero ordinario** dal.....al.....  
specificare.....

N° ..... copie di (specificare).....

**La copia di cartella clinica /documentazione sanitaria sarà:**

ritirata personalmente c/o l'Ufficio Accettazione Ricoveri-Piano rialzato dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 17.30, il sabato dalle ore 8.30 alle ore 12.30

ritirata dal Sig/Sig.ra ..... delegato/a dal sottoscritto/a, previa esibizione di documento di identità valido e di fotocopia di documento d'identità valido del delegante.

spedita in contrassegno all'indirizzo di residenza o al seguente indirizzo.....

**DICHIARA** consapevolmente, liberando SOGEDIN S.p.A. da ogni responsabilità in merito alla consegna, di **accettare** che:

- il rilascio della documentazione disponibile, relativa all'episodio di cura, sia effettuato **entro 7 giorni lavorativi** dalla richiesta. Le eventuali integrazioni saranno rilasciate entro 30 giorni lavorativi dalla richiesta.
- in caso di spedizione, la stessa avvenga secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal codice postale
- la consegna a mezzo posta, in busta chiusa sulla quale sia riportato nome, cognome, indirizzo del paziente, la dicitura **RISERVATA PERSONALE**, avvenga **anche a persona diversa dal destinatario** presente all'indirizzo indicato (familiare, convivente, ecc.).

*Sogedin S.p.A. - gestione Casa di Cura Giovanni XXIII e Sogedin S.p.A. Centro Medico Specialistico - in qualità di titolare del trattamento, comunica che tratterà i dati per le finalità correlate all'erogazione del presente servizio e in conformità con la disciplina in materia di protezione dei dati personali: per tutti i dettagli, si invita a prendere visione del documento informativo dedicato, affisso nei locali dell'azienda e consultabile anche sul sito [www.giovanni23.it/privacy](http://www.giovanni23.it/privacy)*

È ammessa la presentazione della domanda anche tramite:

Fax: 0422 896 480 ; via mail: [esternicopiacartelle@giovanni23.it](mailto:esternicopiacartelle@giovanni23.it) ; a mezzo posta all'indirizzo: Casa di Cura Giovanni XXIII- Via Giovanni XXIII n. 7, 31050 Monastier di Treviso-TV.

Data della richiesta...../...../..... Firma del Richiedente.....

(PARTE RISERVATA all'UFFICIO CARTELLE CLINICHE)

Data produzione copia ...../...../..... firma operatore .....

Data ritiro ...../...../..... firma operatore .....  
*oppure*

Data spedizione ...../...../..... firma operatore .....