



Gent.ma/o Utente, La Informiamo che è possibile richiedere **SOLO alla dimissione** della degenza il rilascio della copia conforme della cartella clinica relativa al Suo ricovero.

Io sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____
Cod. Fiscale _____
Recapiti telefonici _____
Contatto e-mail _____

CHIEDO

che mi venga rilasciata copia della cartella clinica relativa al mio ricovero presso il reparto _____ dal _____ al _____

OVVERO

che mi venga rilasciata copia della cartella clinica del/la sig./ra _____ ricoverato presso il reparto _____ dal _____ al _____

A conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 sulla responsabilità penale cui posso andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la mia responsabilità, dichiaro di essere (a norma degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

- Erede
 Genitore esercente la potestà legale
 Affidatario in base al provvedimento n. _____ del _____ emanato da _____
 Tutore Curatore Amministratore di sostegno in base al provvedimento n. _____ del _____ emanato da _____
 Delegato (in questo caso è obbligatoria la delega del paziente)

N.B. In attuazione di precisi obblighi di legge, l'Azienda effettuerà controlli su quanto dichiarato per attestarne la veridicità e, in caso di falsa dichiarazione, ne darà comunicazione all'Autorità Giudiziaria.

RICEVERO' LA DOCUMENTAZIONE AL SEGUENTE INDIRIZZO

Via/Piazza _____ n. ___ Città _____
Prov. _____ CAP _____ Nazione _____
Nome e Cognome presenti sul campanello _____ N. Citofono _____

LA FOTOCOPIA DELLA CARTELLA CLINICA AL COSTO DI 48.71 € (IVA E SPESE INCLUSE - COSTI AGGIUNTIVI PER SPEDIZIONI ALL'ESTERO A SECONDA DEL PAESE), VERRA' INVIATA ENTRO 30 GIORNI A SEGUITO DI BONIFICO BANCARIO DA EFFETTUARSI A:

BENEFICIARIO: RJ45 SOC. COOP. ONLUS
BANCA: BCC Agro Bresciano Soc. Coop.
IBAN: IT14F0857511201000000180374
CAB: 11201 ABI: 8575 C/C: 180374
CAUSALE: COGNOME E NOME DEL PAZIENTE - FOTOCOPIA CARTELLA CLINICA

AL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE OBBLIGATORIAMENTE ALLEGATO UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA' DEL PAZIENTE E DELL'EVENTUALE RICHIEDENTE

LA DOCUMENTAZIONE DEVE ESSERE CONSEGNATA ALL'ACCETTAZIONE DELLA CASA DI CURA PRIVATA SANT'ANTONINO (oppure inviata tramite mail a accettazione.santantonino@casadicura.pc.it)

Piacenza, li _____

Firma del richiedente _____



Per conoscere lo stato della sua richiesta può contattare RJ45 all'indirizzo mail:
servizi.documentali@rj45.it

Per ulteriori informazioni può contattare telefonicamente l'Accettazione della Casa di Cura Privata Sant'Antonino al 0523.338581.

SPESE AGGIUNTIVE A SECONDA DEL PAESE DI DESTINAZIONE:

ZONA

| ZONA 1 | ZONA 2 | ZONA 3 | ZONA 4 | ZONA 5 | ZONA 6 | ZONA 7 | ZONA 8 |
|-----------------|------------------|------------|---------------|----------------------|----------------|-----------------------|---------------------------|
| AUSTRIA | FRANCIA | ESTONIA | AZZORRE | AFGHANISTAN | ALBANIA | ANGUILLA | ANGOLA |
| BELGIO | PRINC. DI MONACO | FINLANDIA | BUSINGEN | ARMENIA | ALGERIA | BANGLADESH | ANTIGUA E BARBUDA |
| DANIMARCA | REGNO UNITO | GRECIA | CEUTA | AZERBAIJAN | ARABIA SAUDITA | BENIN | ANTILLE OLANDESI |
| GERMANIA | SPAGNA | IRLANDA | HELGOLAND | BIELORUSSIA | BAHRAIN | BOLIVIA | ARGENTINA |
| LUSSEMBURGO | | LETTONIA | ISLANDA | BOSNIA ED ERZEGOVINA | EGITTO | BURKINA FASO | ARUBA |
| OLANDA | | LITUANIA | ISOLE BALEARI | BULGARIA | ETIOPIA | BURUNDI | AUSTRALIA |
| POLONIA | | MALTA | ISOLE CANARIE | CIPRO | GHANA | BUTHAN | BAHAMAS |
| REPUBBLICA CECA | | PORTOGALLO | LIECHTESTEIN | CROAZIA | GIBILTERRA | CAMBODIA | BARBADOS |
| SLOVACCHIA | | ROMANIA | MADEIRA | KAZAKISTAN | GIORDANIA | CAMERUN | BELIZE |
| SLOVENIA | | SVEZIA | MELILLA | KIRGHIZISTAN | INDIA | CANADA | BERMUDA |
| UNGHERIA | | | MONTE ATHOS | KOSOVO | ISRAELE | CAPO VERDE | BOTSWANA |
| | | | NORVEGIA | MOLDAVIA | KUWAIT | CIAD | BRASILE |
| | | | SVIZZERA | MONTENEGRO | LIBANO | CINA | BRUNEI |
| | | | | REP. DI MACEDONIA | LIBIA | COLOMBIA | CILE |
| | | | | SERBIA | MAROCCO | COSTA D'AVORIO | COMORE |
| | | | | TAGIKISTAN | MAURITANIA | DOMINICA | COREA DEL SUD |
| | | | | TURKMENISTAN | NIGER | EMIRATI ARABI UNITI | COSTA RICA |
| | | | | UZBEKISTAN | NIGERIA | ERITREA | CUBA |
| | | | | | OMAN | GABON | ECUADOR |
| | | | | | PAKISTAN | GAMBIA | EL SALVADOR |
| | | | | | PALESTINA | GEORGIA | FIJI |
| | | | | | QATAR | GIBUTI | FILIPPINE |
| | | | | | RUANDA | GUINEA BISSAU | GIAMAICA |
| | | | | | RUSSIA | GUYANA | GIAPPONE |
| | | | | | SENEGAL | HONG KONG | GRENADA |
| | | | | | SIRIA | IRAN | GUATEMALA |
| | | | | | SUDAN | IRAQ | GUINEA |
| | | | | | TUNISIA | KENIA | GUINEA EQUATORIALE |
| | | | | | TURCHIA | LIBERIA | HAITI |
| | | | | | YEMEN | MALAWI | HONDURAS |
| | | | | | | MALESIA | INDONESIA |
| | | | | | | MALI | ISOLE CAYMAN |
| | | | | | | MAURITIUS | ISOLE SALOMONE |
| | | | | | | MONGOLIA | KIRIBATI |
| | | | | | | NEPAL | LAOS |
| | | | | | | PORTORICO | LESOTHO |
| | | | | | | REP. CENTRAFRICANA | MACAO |
| | | | | | | REP. DEL CONGO | MADAGASCAR |
| | | | | | | REP. DEM. DEL CONGO | MALDIVE |
| | | | | | | REP. DOMINICANA | MESSICO |
| | | | | | | REP. SUDAFRICANA | MOZAMBICO |
| | | | | | | SAINT-KITTS AND NEVIS | MYANMAR BURMA |
| | | | | | | SEYCHELLES | NAMIBIA |
| | | | | | | SIERRA LEONE | NICARAGUA |
| | | | | | | SRI LANKA | NUOVA CALEDONIA |
| | | | | | | TAIWAN | NUOVA ZELANDA |
| | | | | | | TANZANIA | PANAMA |
| | | | | | | TAILANDIA | PAPUA NUOVA GUINEA |
| | | | | | | TOGO | PARAGUAY |
| | | | | | | TRINIDAD E TOBAGO | PERU' |
| | | | | | | U.S.A. | POLINESIA FRANCESE |
| | | | | | | UGANDA | SAINT LUCIA |
| | | | | | | VENEZUELA | SAINT VINCENT E GRANADINE |
| | | | | | | ZIMBABWE | SAMOA |
| | | | | | | | SAO TOME E PRINCIPE |
| | | | | | | | SINGAPORE |
| | | | | | | | SURINAME |
| | | | | | | | SWAZILAND |
| | | | | | | | TONGA |
| | | | | | | | URUGUAY |
| | | | | | | | VANUATU |
| | | | | | | | VIETNAM |
| | | | | | | | ZAMBIA |

SPESE AGGIUNTIVE A SECONDA DELLA PAESE DI DESTINAZIONE:

ZONA 1: +15 € ZONA 2: +17,5 € ZONA 3: +18,5 € ZONA 4: +37 € ZONA 5: +33 €
ZONA 6: +34 € ZONA 7: +35 € ZONA 8: +43 €

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003: I dati personali, non particolari, raccolti tramite il presente modulo saranno trattati dal titolare Casa di Cura Privata S. Antonino al solo fine di fornirle il servizio richiesto così come previsto dall'art 6 comma 2 b) GDPR. I dati di cui al presente modulo saranno trattati per il tempo strettamente necessario alla gestione della sua richiesta. Al fine di fornirle il servizio di cui al presente modulo è per noi necessario ottenere tutti i dati ivi indicati, in mancanza non sarà possibile adempiere alle sue istanze. I dati saranno trattati da personale interno o esterno appositamente nominato ex art 28 GDPR. Ha il diritto di esercitare i diritti di cui agli artt 15 e ss GDPR essendole anche riconosciuta la possibilità di proporre reclamo al garante Privacy. Per ogni altra informazione si rinvia all'informativa già fornita al momento della raccolta dati ovvero all'informativa presente sul nostro sito.