



S.A.A.P.A. S.p.A.
In liquidazione

Via S. Cristina, 3 – 10036 Settimo Torinese (TO)
Tel +39 011-30.21.400 – P.IVA 08507160011

Mail: segreteria.saapa@ospedalesettime.it

PEC: amministrazione@cert.ospedalesettime.it

www.ospedalesettime.it

RICHIESTA DI COPIA CONFORME DI DOCUMENTAZIONE CLINICA

Alla cortese attenzione della Direzione Sanitaria

Il sottoscritto Sig./Sig.ra _____, in qualità di:

- ◇ Paziente
- ◇ medico curante*
- ◇ Erede legittimo/tutore/ammm.re di sostegno *
- ◇ Pubblica Autorità* _____

(*) I richiedenti dovranno comprovare con apposita documentazione il diritto a ricevere copia della documentazione sanitaria.

richiede copia di cartella clinica

del Sig. /Sig.ra _____ nato il __/__/__ a _____
ricoverato il _____ Presso il reparto _____

Data __/__/____ Firma del richiedente _____

Firma per autorizzazione del Direttore Sanitario

Modalità di ritiro:

- ◇ personalmente allo sportello
- ◇ via PEC (indicare quale) _____
- ◇ persona delegata* (compilare parte sottostante)
- ◇ Spedizione all'indirizzo (con spese di spedizione a carico del destinatario): _____

*In caso di delega al ritiro:

Io sottoscritto _____ delego al ritiro della documentazione sanitaria richiesta il Sig./Sig.ra _____ nato/a _____ il __/__/____
(al momento del ritiro dovrà essere allegata alla richiesta copia del documento di identità del richiedente e della persona delegata).

Firma del richiedente _____

La documentazione sarà disponibile dal giorno __/__/____



S.A.A.P.A. S.p.A.
In liquidazione

Via S. Cristina, 3 – 10036 Settimo Torinese (TO)
Tel +39 011-30.21.400 – P.IVA 08507160011

Mail: segreteria.saapa@ospedalesettime.it

PEC: amministrazione@cert.ospedalesettime.it

www.ospedalesettime.it

Si ricorda che la documentazione sanitaria potrà essere ritirata solo previo pagamento sul codice Iban: IT34D060853103000000025381 intestato a S.A.A.P.A. Spa presso Banca di ASTI di Settimo T.se, delle seguenti somme:

- Euro 18,00 per ritiro allo sportello di copia cartaceo;
- Euro 15,00 per ritiro allo sportello di copia su dispositivo USB;
- Euro 10,00 per inoltro via PEC;
- Euro 30,00 per inoltro di copia cartacea o digitale via corriere.

Si rammenta che non è possibile richiedere due o più copie della stessa cartella clinica.

DATI RICHIEDENTE

Nome _____ **Cognome** _____

Via _____ **n.** _____ **Città** _____ ()

Cod. fisc. _____ **d. Identità n.** _____

rilasciato il / / **da** _____

Email _____ **tel.** _____

PEC _____