



MERRY HOUSE

CASA DI CURA ACCREDITATA CON IL S.S.N. - MEDICINA - GERIATRIA
LUNGODEGENZA MEDICA - RSA - CENTRO PER LE CURE PALLIATIVE
POLIAMBULATORIO FKT - RADIOLOGIA



SEZIONE COMPILATA CON I DATI DEL RICHIEDENTE

IO SOTTOSCRITTO/A _____, NATO/A A _____

IL ___/___/_____ E RESIDENTE IN _____, VIA _____ N° ___

TELEFONO _____, E-MAIL _____

DOCUMENTO: TIPO _____ E N° _____

NELLA QUALITÀ DI "ME MEDESIMO" C.C. 2945 DEL 2024

chiede il rilascio della copia della cartella clinica riferita al/alla Sig./Sig.ra

ASSISTITO/A: _____

NATO/A A: _____

PRIMA RICHIESTA (A MEZZO INVIO DIGITALE)

AL SEGUENTE INDIRIZZO E-MAIL/PEC: _____

RICHIESTA SUCCESSIVA ALLA PRIMA

RICHIEDO CHE LA CONSEGNA AVVENGA CON LE SEGUENTI MODALITÀ:

RITIRO PERSONALE DI COPIA CARTACEA)

RITIRO DA PARTE DI PERSONA DELEGATA (NOME _____ COGNOME _____)

N.B. E' sempre necessario presentare, al momento del ritiro, la delega e la fotocopia del documento di identità del delegato e del delegante o la documentazione/autocertificazione attestante la titolarità ad effettuare il ritiro nei casi in cui il delegante sia impossibilitato alla delega.

RITIRO CON INVIO COPIA CARTACEA A MEZZO POSTA RACCOMANDATA:

DESTINATARIO: _____

INDIRIZZO: _____

CAP: _____; CITTÀ: _____

RECAPITI TELEFONICI: _____

Il/La Sottoscritto/a dichiara di accettare che il recapito della suddetta documentazione sanitaria avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale che prevede la consegna della **Posta Raccomandata** anche a persona diversa dal destinatario presente nel domicilio (es. familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc.).

DATA: _____

FIRMA RICHIEDENTE PER ACCETTAZIONE _____

I DATI PERSONALI CONFERITI SARANNO TRATTATI NEL RISPETTO DEL GDPR UE, 2016/679 E SMI, ESCLUSIVAMENTE PER FINI AMMINISTRATIVI.

DATA: _____

FIRMA RICHIEDENTE (PER PRESA VISIONE) _____

SOC. DI GESTIONE - C.G.R. S.P.A. CON SOCIO UNICO

Sede: 00126 ACILIA - ROMA - Via G. Beduschi, 28/30 - Capitale Sociale € 260.000,00 int. vers. - C.C.I.A.A. n. 341059 - R.E.A. di Roma n. 1733/71

C.F. 00803280585 - P. Iva 00933031007 - Tel.: Centralino 06/52360378 - 52355376 - Ambulatori: 06.52368753 - Fax 06.52351296

Certificata ISO 9001 - Certificato di conformità N° 2009R00798



MERRY HOUSE

CASA DI CURA ACCREDITATA CON IL S.S.N. - MEDICINA - GERIATRIA
LUNGODEGENZA MEDICA - RSA - CENTRO PER LE CURE PALLIATIVE
POLIAMBULATORIO FKT - RADIOLOGIA



DELEGA

**PER RICHIESTA E/O RITIRO DELLA CARTELLA CLINICA
DA PORTARE COMPILATA IN OGNI PARTE PER L'INVIO DIGITALE
AL MOMENTO DELLA RICHIESTA**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____,

NATO/A A _____ (____), IL ____/____/____,

RESIDENTE IN: _____, VIA _____ N° _____,

DOCUMENTO: TIPO _____; NUMERO: _____.

DELEGA PER RICHIESTA

IL/LA SIG./SIG.RA : (COGNOME) _____ (NOME) _____

N. E TIPO DOCUMENTO DELEGANTE: _____

N. E TIPO DOCUMENTO DELEGATO: _____

FIRMA DELEGANTE _____

DELEGA PER RITIRO/RICEZIONE

IL/LA SIG./SIG.RA : (COGNOME) _____ (NOME) _____

N. E TIPO DOCUMENTO DELEGANTE: _____

N. E TIPO DOCUMENTO DELEGATO: _____

FIRMA DELEGANTE _____

SOC. DI GESTIONE - C.G.R. S.P.A. CON SOCIO UNICO

Sede: 00126 ACILIA - ROMA - Via G. Beduschi, 28/30 - Capitale Sociale € 260.000,00 int. vers. - C.C.I.A.A. n. 341059 - R.E.A. di Roma n. 1733/71

C.F. 00803280585 - P. Iva 00933031007 - Tel.: Centralino 06/52360378 - 52355376 - Ambulatori: 06.52368753 - Fax 06.52351296

Certificata ISO 9001 - Certificato di conformità N° 2009R00798



MERRY HOUSE

CASA DI CURA ACCREDITATA CON IL S.S.N. - MEDICINA - GERIATRIA
LUNGODEGENZA MEDICA - RSA - CENTRO PER LE CURE PALLIATIVE
POLIAMBULATORIO FKT - RADIOLOGIA



MODULO INFORMATIVO COPIA CARTELLA CLINICA

(Procedura temporanea in vigore fino al 30/06/2025)

Si prega di leggere attentamente

- Il presente modulo è:
- Rilasciato presso l'Ufficio Ricoveri all'atto della richiesta.
- Da riconsegnare all'Operatore presso lo Sportello del Cup

Il pagamento sarà effettuato presso l'Ufficio Ricoveri all'atto della richiesta (per richieste differenti dalla prima)

La documentazione rilasciata è quella esistente all'interno della cartella clinica al momento della richiesta e, pertanto, potrebbe subire integrazioni.

La documentazione disponibile sarà inviata al richiedente o a diverso soggetto indicato alla data della richiesta sul relativo modulo.

La documentazione verrà inviata mezzo posta elettronica all'indirizzo indicato dal richiedente in due fasi distinte:

- ✓ Il richiedente riceverà due e-mail; la prima e-mail dall'indirizzo CGRMERRYHOUSE@PEC.IT nella quale verrà allegata la Cartella Clinica crittografata e, quindi, protetta da password;
- ✓ la seconda e-mail, dal medesimo indirizzo, nella quale verrà fornita la password per aprire il contenuto dell'allegato e, quindi la Cartella Clinica.

La documentazione potrà essere ritirata **NON OLTRE 3 MESI** dalla data della richiesta

COSTO DELLA PRIMA RICHIESTA DI COPIA CARTELLA evasa digitalmente

- PER DEGENZA IN REPARTO ACUZIE: **Gratuita**
- PER DEGENZA IN REPARTO POST ACUZIE/RESIDENZIALE: **Gratuita**
- PER INTERVENTI IN DH/DS: **Gratuita**

COSTO RICHIESTA SUCCESSIVA ALLA PRIMA DI COPIA CARTELLA CLINICA:

Costo dalla seconda copia della Cartella Clinica con richiesta personale cartacea/digitale

- PER DEGENZA IN REPARTO ACUZIE: **Euro 35,00/20,00**
- PER DEGENZA IN REPARTO POSTACUZIE/RESIDENZIALE: **Euro 40,00/25,00**
- PER INTERVENTI IN DH/DS: **Euro 30,00/20,00**

Costo dalla seconda copia della Cartella Clinica con spedizione

- PER DEGENZA IN REPARTO ACUZIE: **Euro 45,00**
- PER DEGENZA IN REPARTO POST ACUZIE/RESIDENZIALE: **Euro 50,00**
- PER INTERVENTI IN DH/DS: **Euro 40,00**

SOC. DI GESTIONE - C.G.R. S.P.A. CON SOCIO UNICO

Sede: 00126 ACILIA - ROMA - Via G. Beduschi, 28/30 - Capitale Sociale € 260.000,00 int. vers. - C.C.I.A.A. n. 341059 - R.E.A. di Roma n. 1733/71
C.F. 00803280585 - P. Iva 00933031007 - Tel.: Centralino 06/52360378 - 52355376 - Ambulatori: 06.52368753 - Fax 06.52351296

Certificata ISO 9001 - Certificato di conformità N° 2009R00798