

Io sottoscritto..... Nato a.....

il.....Residente.....

Via.....n°.....CAP.....Tel.....

Consapevole della responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità

**DICHIARO di essere**

- intestatario cartella
- genitore/tutore di .....nato/a il .....
- delegato dal sig./ra.....nato/a il.....
- legittimo erede della Sig./ra.....nato/a il.....

**RICHIEDO**

copia della cartella clinica, relativa al ricovero avvenuto in data ..... Presidio  Domus Nova  San Francesco

In formato:

- ELETTRONICO al costo di € 20,00**

e-mail: \_\_\_\_\_

Tel. Cellulare (OBBLIGATORIO) \_\_\_\_\_

e **AUTORIZZO** che vengano comunicate tramite e-mail e con SMS al numero indicato le modalità di accesso al portale WEB per scaricare la cartella;

- CARTACEO al costo di € 32,00 con ritiro presso Accettazione Domus Nova**
- CARTACEO al costo di € 40 con invio mezzo posta al seguente destinatario e indirizzo**  
(se diverso dal richiedente) .....

**ACCETTO**

la condizione vincolante di pagamento anticipato, che posso effettuare in Accettazione all'atto della richiesta o tramite **Bonifico Bancario IBAN IT45M0627013183CC0830000717**, Inviando distinta e copia della richiesta all'indirizzo [ufficio.ricoveri@domusnova.it](mailto:ufficio.ricoveri@domusnova.it)

Sono informato che i dati personali da me forniti saranno utilizzati esclusivamente ai fini dell'espletamento della presente richiesta, nel rispetto della normativa di protezione dei dati personali (Regolamento Europeo del 2016/679e del D.Lgs 196/03così come modificato dal D.Lgs108/18)

In fede, data.....

Firma.....

Con il presente atto **DELEGO, (allegando copia del proprio documento di identità in corso di validità:)**

Il/la Sig./ra .....

Residente a .....Via .....n. ....

**a ritirare** la copia di cartella richiesta a codesto Ospedale Privato

Data.....

Firma dell'interessato.....