

**Intestatario della Cartella Clinica (allegare copia del documento di identità)**

Nome..... Cognome.....

Nato/a a ..... Prov..... Il.....

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

CAP..... Tel.....

**CHIEDE**

Rilascio copia della Cartella Clinica riguardante:

Ricovero nel reparto di..... dal..... al.....

Da ritirare pro manibus (a mano)

Da spedire al seguente indirizzo:.....

DATA

firma dell' interessato

**Compilare solo se persona diversa dell' intestatario allegando copia del documento di riconoscimento dell' interessato e del richiedente**

Nome.....Cognome.....

nato/a a .....Prov..... il.....

residente a.....Prov..... Via.....n.....

CAP.....Tel.....

**CHIEDE**

Rilascio copia della Cartella Clinica del:

Si./Sig.ra.....

nato/a a .....Prov..... il.....

residente a.....Prov..... Via.....n.....

CAP.....Tel.....

Ricovero nel reparto di..... dal..... al.....

Da ritirare pro manibus (a mano)

Da spedire al seguente indirizzo.....

Consapevole delle responsabilità previste dall' art. 79 del D.P.R. n. 455/2000, in caso di dichiarazioni mendaci

**DICHIARA DI ESSERE**

Delegato dall' interessato.....

Genitore esercente la patria potestà.....

- Tutore.....
- Curatore.....
- Amministratore di sostegno.....
- Erede che agisce in nome e per conto degli altri coeredi.....
- Altro.....

Data

Firma del richiedente

**Con la compilazione del presente modulo, l'interessato, o un suo delegato, esprime il proprio consenso al trattamento dei dati per il solo fine a cui è riferita la presente richiesta.**

**Si fa presente che**

**Il costo è di 15,00 euro se si sceglierà il ritiro diretto, mentre, di 22,00 euro se si procederà alla spedizione postale (raccomandata 1 di Poste italiane) per singola cartella.**

**Il pagamento può essere effettuato in 2 modalità:**

- 1) **Con vaglia postale circolare** intestato ad "I.N.M. IRCCS Neuromed S.p.A.", da spedire in originale insieme all'allegato modulo di richiesta compilato e firmato e alla copia del documento d'identità all'indirizzo postale - I.N.M. IRCCS Neuromed S.p.A., via Atinense 18, 86077 Pozzilli (IS) all'attenzione dell'UFFICIO CUA;
- 2) **Con bonifico bancario** sulle coordinate della struttura : IT38S0503403801000000174052 del Banco BPM intestato ad INM Neuromed S.p.A. ed indicando nella **causale il nominativo del paziente**. La copia del bonifico, la copia del documento d'identità e l'allegato modulo compilato e firmato dovranno essere inviati alla mail "[cua@neuromed.it](mailto:cua@neuromed.it)".

Attualmente non è prevista la modalità di richiesta a mezzo PEC.

Non è previsto il rimborso per le eventuali somme indebitamente versate.

L'ufficio CUA è a Sua completa disposizione per ogni eventuale ed ulteriori chiarimenti in merito al numero telefonico 0865.9291