MGC 51 Rev.5 2025 Pag.1/1	**DIREZIONE SANITARIA**	**Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS** **CENTRO "S. MARIA DELLA PACE"** **via Maresciallo Caviglia 30 – 00194 Roma** **CENTRO "S. MARIA DELLA PROVVIDENZA"** **via Casal del Marmo 401 – 00166 Roma**

RICHIESTA FOTOCOPIA CARTELLA CLINICA

Il / La Sottoscritto / a …….

Codice fiscale …… …..Residente a …… CAP …….. (Prov.) ……

Via …… N°…… Tel. ……

RICHIEDE

Che venga rilasciata la fotocopia della cartella clinica

- ❑ RESIDENZIALE DAL …….. AL ……. DAL …….. AL…… DAL …….. AL …….
- ❑ SEMIRESIDENZIALE DAL …….. AL ……. DAL …….. AL…… DAL …….. AL …….
- ❑ NON RESIDENZIALE DAL …….. AL ……. DAL …….. AL…… DAL …….. AL …….

Per uso: [ ] Medico Clinico [ ] Medico Legale

Provvede a versare contestualmente alla presente richiesta l'importo di:

- € 10,00 per spese postali per eventuale spedizione. A tal proposito chiede che venga spedita al seguente indirizzo:

Via …… n. ……..

CAP …… Città ……Prov. …….

Data …….. Firma del richiedente

……

DELEGA

….l….sottoscritt…. ……..., delega ….l…. Sig …… al ritiro della propria fotocopia della cartella clinica.

In fede

COME RITIRARE LA PROPRIA CARTELLA CLINICA
Il titolare della cartella clinica deve essere in possesso di un documento di identità.
Il delegato dovrà esibire fotocopia del documento di identità con firma in originale (del titolare della cartella clinica) e delega compilata.
È opportuno, prima di ritirare la cartella clinica, telefonare al numero Tel. 06.330861 (sede di via Maresciallo Caviglia 30) e al numero Tel. 06.33086500 (sede di via Casal del Marmo 401) nei seguenti orari:
da lunedì a venerdì dalle ore 9.00 alle ore 17.00.

PARTE RISERVATA ALLA SEGRETERIA

C.C. N° ……..
Documento del richiedente ……
Documento del ricevente ……..
Data di rilascio ……..