

	Modulo Richiesta/Consegna Documentazione Clinica	MOD-DSAN-39 Rev.3– 11/03/2026 Pag. 1 di 2
---	---	---

Intestatario della cartella clinica (allegare copia del documento di identità)

Nome Cognome.....

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

residente a Prov..... Vian.....

Cap.....Telefono.....

CHIEDE

Rilascio copia della cartella clinica riguardante:

Ricovero nel reparto didal.....al.....

☐ da ritirare pro-manibus (a mano)

☐ da spedire al seguente indirizzo:

Data
Firma dell'intestatario

Richiedente copia della cartella clinica (compilare solo se persona diversa dall'intestatario allegando copia del documento dell'intestatario e del richiedente)

Nome Cognome.....

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

residente a Prov..... Vian.....

Cap.....Telefono.....

CHIEDE

Rilascio copia della cartella clinica del:

Sig./Sig.ra

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

residente a Prov..... Vian.....

Cap.....Telefono.....

Ricoverato/a nel reparto didal.....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'intestatario

☐ Genitore esercente la patria potestà

☐ Tutore

☐ Curatore

☐ Amministratore di sostegno

☐ Erede che agisce in nome e per conto degli altri coeredi

Altro Firma del richiedente

Data

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 la prima copia della cartella clinica è gratuita se ritirata in struttura altrimenti l'interessato deve pagare 15,00 euro per singola cartella se sceglierà la spedizione postale (raccomandata di Poste italiane).

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 Istituto Neurologico Mediterraneo Neuromed Società Per Azioni 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".