

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

Intestataro 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 cartelle clinica riguardante:
Ricovero nel reparto didal.....al.....
 da ritirare pro-manibus (a mano)
 da spedire al seguente indirizzo:

Data Firma dell'intestataro

Richiedente copia della cartella clinica (compilare solo se persona diversa dall'intestataro allegando copia del documento dell'intestataro 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'intestataro
 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 e' 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".