

Il/La sottoscritto/a _____
 Nato/a a _____ il ____/____/____
 Residente in via _____ C.A.P. _____
 Città _____ (____) E-
 mail /PEC _____ Tel. _____

in qualità di

- ☐ **Titolare** (allegare *documento d'identità*).
- ☐ **Genitore di minore** (allegare "*Dichiarazione sostitutiva di certificazione*" da scaricare nella sezione modulistica del sito www.centroriabilitativoveronese.it e *documento d'identità del richiedente*).
- ☐ **Legale rappresentante** - Amministratore di sostegno o Tutore - (allegare "*Dichiarazione sostitutiva di certificazione*" da scaricare nella sezione modulistica del sito www.centroriabilitativoveronese.it e *documento d'identità del richiedente*).
- ☐ **Erede** (allegare "*Dichiarazione sostitutiva di certificazione*" da scaricare nella sezione modulistica del sito www.centroriabilitativoveronese.it e *documento d'identità del richiedente*).
- ☐ **Legale** (allegare *procura* e *documento d'identità del paziente e del richiedente*).

chiede

- ☐ **Copia di CARTELLA CLINICA** (copia conforme all'originale per gli usi consentiti dalla legge)

Del paziente _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Relativa alla seguente degenza:

Ricovero dal ____/____/____ al ____/____/____ nel reparto _____

Ricovero dal ____/____/____ al ____/____/____ nel reparto _____

Ricovero dal ____/____/____ al ____/____/____ nel reparto _____

La copia della cartella clinica verrà consegnata nella seguente modalità:

- ☐ **A mano**
 - ◇ A me stesso.
 - ◇ Al Sig./Sig.ra _____, da me delegato/a al ritiro tramite il presente atto (allegare *documento d'identità del delegante e del delegato*).
- ☐ **Via e-mail/PEC** all'indirizzo sopra indicato.
- ☐ **All'indirizzo postale** sopra indicato a mezzo raccomandata.

Verona,

Firma del richiedente

li ____/____/____

 	Modulo RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA	Mod. 14_01
		Rev. 03
		Data 04/02/2026
		Pagina di 2/2

MODALITÀ DI RICHIESTA E RILASCIO CARTELLE CLINICHE REGOLAMENTO

A CHI RIVOLGERSI

Per informazioni telefoniche allo 045.839.2271

Il Paziente può richiedere il rilascio di copia della Cartella Clinica, che viene conservata senza limiti di tempo nell'Archivio Clinico del Centro Riabilitativo Veronese.

Il rilascio della documentazione sanitaria deve essere richiesto a:

UFFICIO CARTELLE CLINICHE

Orario: dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 15.00

DOCUMENTI NECESSARI

Presente modulo compilato e firmato; documento di identità; pagamento della fattura; eventuale dichiarazione sostitutiva o procura. Da consegnare all'ufficio Cartelle Cliniche o inviato tramite e- mail

prenotazioni@centroriabilitativoveronese.it

Si Specifica che per le richieste effettuate in corso di ricovero, il termine di 30 giorni decorre dalla data di dimissione del paziente.

In base alla norma di legge (L. 24/2017, art. 4), la documentazione richiesta sarà disponibile entro il termine massimo di trenta giorni, in rapporto ad eventuali necessità di completamenti e/o integrazioni.

In caso dubbi o casi non previsti dal regolamento, la decisione compete al Direttore Sanitario

DOVE RITIRARE

La Cartella Clinica è un documento personale e riservato.

Potrà essere ritirata presso **Ufficio Cartelle Cliniche** ☒ **Ingresso principale** con il seguente orario:

dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 15.00.

Esclusivamente da:

- diretto interessato;
- persona indicata nel modulo

Direzione Sanitaria