

**UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO**

☎ 0323/660.1202  
☎ 0323/660.1210  
✉ urp@ospedalecoq.it

SPEDIRE RITIRO DIRETTO 

Omegna, \_\_\_\_\_

Nr. Registro \_\_\_\_\_

**IL SOTTOSCRITTO/A**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**CHIEDE IL RILASCIO**

di copia della cartella clinica relativa al ricovero ospedaliero avvenuto :

il \_\_\_\_\_ nel reparto di:  orto-rrf  ortopedia  day-hospital  medicinail \_\_\_\_\_ nel reparto di:  orto-rrf  ortopedia  day-hospital  medicina

operato dal Dottor \_\_\_\_\_ per uso \_\_\_\_\_

FIRMA DEL RICHIEDENTE

FIRMA PER RICEVUTA

**ATTO DI DELEGA**

Io sottoscritto/a autorizzo al ritiro della mia cartella clinica, il/la Sig./Sig.ra

FIRMA DEL DELEGANTE

**MODALITA' DI RICHIESTA CARTELLA CLINICA:****PRESSO SPORTELLI CUP:**

- compilazione del presente modulo;
- copia documento d'identità in corso di validità;
- pagamento presso sportello CUP ( piano terra, orario apertura dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9.00 alle ore 15.00)

**A MEZZO FAX (0323/6601240) O VIA E-MAIL (frontoffice@ospedalecoq.it)**

- compilazione del presente modulo;
- copia documento d'identità in corso di validità;
- copia pagamento con bollettino postale sul conto corrente n. 87715751 intestato al Centro Ortopedico di Quadrante S.p.A.

**COSTO CARTELLA CLINICA EURO 10.33; PER EVENTUALE SPEDIZIONE A DOMICILIO, INTEGRAZIONE DI EURO 7.00, PER UN TOTALE DI EURO 17.33**

Informativa ai sensi del DLGS n°196/2003:

"I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo".