

## MODULO PER RICHIESTA E/O RITIRO DELLA CARTELLA CLINICA

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a

il \_\_\_\_\_ residente a

via \_\_\_\_\_ n.

documento d'identità n.

rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_.

**Chiedo**

**copia Cartella Clinica ricovero dal** ..... **al** .....

**reparto di** .....

### MODALITÀ DI RITIRO

delego il Signor

ritiro di persona (copia cartacea) € 30,00

spedire al seguente indirizzo postale (copia cartacea) € 40,00

spedire al seguente indirizzo e-mail (formato PDF) € 25,00

Firma del richiedente

Firma del delegato

.....

.....

(Documento n° .....)

(Documento n° .....)

ALLEGARE FOTOCOPIA

ALLEGARE FOTOCOPIA

SIGLA AUTORIZZAZIONE  
(Direzione Sanitaria)

DATA E FIRMA RITIRO

**Il pagamento può essere effettuato tramite bonifico bancario:**  
intestato a G.B. Mangioni Hospital Srl Causale: Richiesta cartella clinica  
Banca Valsabbina - **IBAN** è IT 14 D 05116 02400 000000005695.

Compilare e spedire il modulo all'Ufficio Ricoveri [ricoveri-gbm@gvmnet.it](mailto:ricoveri-gbm@gvmnet.it) insieme alla copia del documento d'identità