

MODULO UNICO DI RICHIESTA COPIA CONFORME DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Richiesta diretta presso la Cassa N°8 dedicata mediante email all'indirizzo:

cartelle.cliniche@miulli.it Mediante Fax al numero. 0803055323

Per informazioni contattare il numero 0803054458 dal Lun.alVen. dalle ore 9,00 alle ore 11,00

Io sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____

Residente a _____ via _____ n _____

(Scrivere in stampatello; i moduli incompleti non saranno evasi)

CHIEDO COPIA CONFORME DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE SANITARIA

RICOVERO ORDINARIO (24,40 euro)

DAY HOSPITAL/SURGERY (18,30 euro)

DAY SERVICE/CARTELLA AMBULATORIALE (12,20 euro)

REFERTO PRONTO SOCCORSO (6,10 euro)

del Sig./ra _____ nato/a _____ il _____

Codice Fiscale _____

Reparto dimissione _____ data ricovero _____ data dimissione _____

Reparto dimissione _____ data ricovero _____ data dimissione _____

Referto di pronto soccorso: data prestazione _____ orario _____

Altra documentazione _____

Indicare a quale delle seguenti categorie di aventi diritto alla richiesta si appartiene:

- o TITOLARE allegando copia fronte retro del documento d'identità **VALIDO**
- o GENITORE del TITOLARE MINORENNE, DICHIARANDO DI POSSEDERE LA PATRIA PODESTA' allegando copia fronte retro del proprio documento di identità **VALIDO**
- o EREDI LEGITTIMI e/o TESTAMENTARI del TITOLARE DECEDUTO mediante dichiarazione scritta e allegando copia fronte retro del proprio documento di identità **VALIDO**
- o TUTOR a cui è stato affidato il TITOLARE della cartella NON IN GRADO DI INTENDERE E DI VOLERE, con allegata copia ATTO DI PROCURA e copia fronte retro del proprio documento di identità **VALIDO**
- o PERSONA DELEGATA dal titolare allegando copia fronte retro di entrambi i documenti **VALIDI**

Firma del titolare che delega _____

NB: ALLEGARE SEMPRE COPIA DOCUMENTI DI IDENTITA' E RICEVUTA DI PAGAMENTO

Modalità di pagamento:

1. Mediante bonifico bancario IBAN IT 31 X 05385 41300 000000002762 Banca Popolare di Puglia e Basilicata intestato a E.E. OSPEDALE GENERALE REGIONALE "MIULLI"

2. Direttamente in cassa N° 8 (contanti o tramite POS)

CHIEDO CHE TALE DOCUMENTO MI VENGA INVIATO AL SEGUENTE INDIRIZZO:

(Il costo del servizio di spedizione è di € 8,00 da versare unitamente al costo della documentazione richiesta)

SIG./RA _____
VIA _____ CAP _____ CITTA' _____ ()

DELEGO AL RITIRO IN UFFICIO IL/LA

SIG./RA _____

RECAPITO TELEFONO _____ (indicare sempre)

DATA _____ Firma del richiedente _____

Consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 del d.p.r. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci.