



# ASSOCIAZIONE OASI MARIA SS. – ONLUS

**Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico**

**per lo studio del Ritardo Mentale e dell'Involuzione Cerebrale**

Via Conte Ruggero, 73 – 94018 TROIINA (En); tel. 0935936111 – fax 0935653327

## Modulo Richiesta/Consegna Documentazione Clinica

**Intestatario della cartella clinica (allegare copia del documento di identità)**

Nome ..... Cognome.....  
nato/a a ..... Prov..... il.....  
residente a ..... Prov..... Via..... n.....  
Cap.....Telefono.....

### CHIEDE

Rilascio copia della cartelle clinica riguardante:

Ricovero nel reparto di ..... dal.....al.....

- da ritirare personalmente
- da spedire al seguente indirizzo: .....

Data

Firma dell'intestatario

.....

\_\_\_\_\_

**Richiedente copia della cartella clinica (compilare solo se persona diversa dall'intestatario, allegando copia del documento dell'intestatario e del richiedente)**

Nome ..... Cognome.....  
nato/a a ..... Prov..... il.....  
residente a ..... Prov..... Via..... n.....  
Cap.....Telefono.....

### CHIEDE

Rilascio copia della cartella clinica del:

Sig./Sig.ra .....  
nato/a a ..... Prov..... il.....  
residente a ..... Prov..... Via..... n.....  
Cap.....Telefono.....

Ricovero nel reparto di ..... dal.....al.....

- da ritirare personalmente
- da spedire al seguente indirizzo: .....

.....



Consapevole delle responsabilità civili e penali previste dalla Legge in caso di dichiarazioni mendaci

### DICHIARA DI ESSERE (\*)

- Delegato dall'intestatario
- Genitore esercente la patria potestà
- Tutore
- Curatore
- Amministratore di sostegno
- Erede che agisce in nome e per conto degli altri coeredi
- Altro

Data

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**(\*) Nei casi particolari è necessario produrre copia documentazione che attesti lo stato**

### ISTRUZIONI

Per il rilascio della cartella clinica occorre:

a) effettuare un versamento di € 15,00 (per ritiro a mano) oppure di € 27,00 (per spedizione) direttamente presso l'Ufficio Spedalità oppure tramite vaglia postale ordinario intestato a: Associazione "Oasi Maria SS." Onlus, Via Conte Ruggero 73 94018 Troina, (EN) con causale "cartella clinica + nome della persona assistita o Tramite bonifico bancario sul conto Banca Carige Spa, Agenzia di Troina IBAN: IT 33 V 06175 83722 000007628480.

b) inoltrare una richiesta indirizzata alla Direzione Sanitaria (modulo scaricabile dal sito [www.oasi.en.it](http://www.oasi.en.it))

- Da consegnare personalmente presso l'Ufficio Spedalità
- Tramite posta (Via Conte Ruggero 73 - 94018 Troina, EN) accludendo fotocopie della ricevuta del versamento e del documento di identità del richiedente
- Tramite fax (0935/936454) accludendo fotocopie della ricevuta del versamento e del documento di identità del richiedente

In caso di delega occorre allegare copia del documento di identità della persona delegata.





# ASSOCIAZIONE OASI MARIA SS. – ONLUS

**Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico**

**per lo studio del Ritardo Mentale e dell'Involuzione Cerebrale**

Via Conte Ruggero, 73 – 94018 TROINA (En); tel. 0935936111 – fax 0935653327

## Delega Consegna Documentazione Clinica

Il/la sottoscritto/a .....

nato/a a ..... Prov..... il.....

residente a ..... Prov..... Via ..... n.....

Cap.....Telefono.....

Ricovero nel reparto di ..... dal.....al.....

### in qualità di:

- Intestatario della cartella clinica
- Genitore esercente la potestà genitoriale
- Tutore
- Curatore
- Amministratore di sostegno
- Erede che agisce in nome e per conto degli altri coeredi

### DELEGA

Il/la Sig./Sig.ra .....

nato/a a ..... Prov..... il.....

residente a ..... Prov..... Via ..... n.....

Cap.....Telefono.....

Al ritiro della copia della cartella clinica

Data

\_\_\_\_\_

Firma del delegante ..... (allegare copia valido documento d'identità)

Firma del delegato ..... (allegare copia valido documento d'identità)

