

 ACCREDITATA CON IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE	Accettazione RICHIESTA DI TERZI FOTOCOPIA CARTELLA CLINICA	Mod. 0013	Pag. 1 di 2
		Parola chiave: cartella clinica	
		Rev. 07	del 25/11/2025

AL DIRETTORE SANITARIO
CASA DI CURA CITTA' DI BRA S.P.A.

RICHIEDENTE:

(cognome) _____ (nome) _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____

telefono (fisso o mobile) _____

CHIEDE IL RILASCIO DI COPIA CONFORME DELLA CARTELLA CLINICA
ai sensi della L. 24/2017

RELATIVA AL RICOVERO DEL/DELLA SIG./SIG.RA:

(cognome) _____ (nome) _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____ CAP _____

via _____ n. _____

Presso il reparto di _____

periodo dal _____ al _____

DICHIARA - ai sensi degli artt. 46 – 47 DPR 445/00 - DI ESSERE

(da compilare solo se la cartella clinica si riferisce a persona diversa dal richiedente)

- ☐ esercente la potestà genitoriale dell'intestatario/a della cartella clinica
- ☐ tutore del minore intestatario/a della cartella clinica
- ☐ tutore dell'interdetto/a intestatario/a della cartella clinica
- ☐ amministratore di sostegno dell'intestatario/a della cartella clinica
- ☐ erede dell'intestatario/a della cartella clinica
- ☐ coniuge e dichiara, inoltre, che l'intestatario della cartella clinica è temporaneamente impedito alla sottoscrizione della presente richiesta per ragioni connesse allo stato di salute
- ☐ figlio/a (solo in assenza del coniuge) e dichiara, inoltre, che l'intestatario della cartella clinica è temporaneamente impedito alla sottoscrizione della presente richiesta per ragioni connesse allo stato di salute
- ☐ altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado (solo in assenza del coniuge e del figlio dell'intestatario) e dichiara, inoltre, che l'intestatario della cartella clinica è temporaneamente impedito alla sottoscrizione della presente richiesta per ragioni connesse allo stato di salute.

informazioni@ccbra.it www.ccbra.it

Casa di Cura Privata "Città di Bra" Via Montenero 1 - 12042 Bra (Cn) Tel. 0172.472400 Fax 0172.44542

Documento di proprietà della Casa di Cura "Città di Bra" - Clinica Privata Accreditata.
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta.

 ACCREDITATA CON IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE	Accettazione RICHIESTA DI TERZI FOTOCOPIA CARTELLA CLINICA	Mod. 0013	Pag. 2 di 2
		Parola chiave: cartella clinica	
		Rev. 07	del 25/11/2025

CHIEDE IL RILASCIO

☐ **al costo di € 15,60** invio cartella clinica in formato **digitale** crittografato al seguente indirizzo e-mail

☐ **al costo di € 15,60** ritiro a mano della cartella clinica in formato cartaceo

☐ **al costo di € 25,00** invio cartella clinica con raccomandata presso il proprio indirizzo di residenza o altro indirizzo di seguito riportato:

Comune _____ prov. ____ CAP _____

via _____ n. _____

ALLEGA

☐ Copia della ricevuta del pagamento effettuato

☐ Fotocopia documento d'identità in corso di validità del sottoscritto richiedente

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REG. UE n. 679/16 ("PRIVACY"):

"Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati in conformità al Reg. UE n. 679/16 e del D.Lgs. 196/2003 s.m.i. dalla Casa di Cura Città di Bra S.p.A. per adempiere ad obblighi di legge e contrattuali. L'informativa estesa sul trattamento dei dati personali ex art. 13 e/o 14 del Reg. UE n. 679/16 è pubblicata sul sito internet della Casa di Cura Città di Bra (www.ccbra.it/diritto-alla-riservatezza-privacy (Mod. 007 Informativa e consenso ricoveri e/o prestazioni Casa di Cura Città di Bra).

In caso di **paziente minorenne**, la fotocopia deve essere richiesta da tutti e due i genitori, se ancora in vita, oppure fornendo documentazione che uno solo dei due può esercitare la potestà genitoriale.

Data _____ firma (per esteso) _____

Data _____ firma (per esteso) _____