

	Direzione Sanitaria INFORMAZIONI RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA	Mod. 0472	Pag. 1 di 2
		Parola chiave:	INFORMAZIONI CC
		Rev. 04	del 16/02/2026

MODALITÀ DI RICHIESTA DI COPIA DI CARTELLA CLINICA ALLA CASA DI CURA PRIVATA CITTA' DI BRA S.P.A.

La richiesta può essere effettuata:

- a) personalmente all'Ufficio Accettazione nel seguente orario: dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 17.30;
 - consegnando il modulo compilato (Mod. 0471 o Mod. 0013)
 - effettuando il pagamento direttamente allo sportello (contanti e bancomat)
- b) inviando all'indirizzo mail dell'ufficio cartelle cliniche ufficio.cartellecliniche@ccbra.it
 - modulo compilato (Mod. 0471 o Mod. 0013)
 - copia della ricevuta di pagamento
 - fotocopia del documento d'identità del richiedente
- c) inviando al numero di fax 0172/472440 previa comunicazione telefonica la documentazione sopra richiesta (v. punto b)

Avvertenze: Alla richiesta non recapitata personalmente deve essere allegata fotocopia di documento di identità in corso di validità del richiedente.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

La copia della cartella clinica può essere richiesta dal soggetto intestatario della stessa se maggiorenne o minore emancipato o dai suoi eredi (legittimari, legittimi o testamentari).

Se l'intestatario della cartella è minorenne, essa deve essere richiesta dagli esercenti la potestà genitoriale o dai tutori; se è interdetto, dai tutori.

L'amministratore di sostegno può richiedere copia della cartella per conto del beneficiario solo se espressamente abilitato dal decreto di nomina.

MODALITÀ DI CONSEGNA DELLA COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

La copia della cartella clinica viene consegnata scegliendo tra le seguenti modalità:

- invio in formato digitale crittografato tramite mail;
- ritiro a mano dal richiedente o da persona delegata, che dovrà esibire delega scritta, proprio documento di identità e fotocopia del documento di identità del delegante;
- spedizione a domicilio tramite raccomandata.

TEMPI DI RILASCIO

Il rilascio della cartella clinica è previsto entro 7 giorni dalla disponibilità della stessa presso l'Ufficio Cartelle Cliniche.

DATI PER BONIFICO

Bonifico bancario: IBAN IT10S0623001001000042236061 intestato alla CASA DI CURA PRIVATA CITTA' DI BRA S.P.A. – CRÉDIT AGRICOLE - FILIALE 120 TORINO SEDE con causale: Cartella clinica di "cognome e nome dell'interessato"

RECAPITI E ORARI

<u>Ufficio</u>	<u>Telefono</u>	<u>E-mail</u>	<u>Orari</u>
<u>Cartelle cliniche</u>	<u>0172/472432</u> <u>0172/472418</u>	<u>ufficio.cartellecliniche@ccbra.it</u>	<u>10-12</u> <u>14-16</u>

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.

	Direzione Sanitaria INFORMAZIONI RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA	Mod. 0472	Pag. 2 di 2
		Parola chiave:	INFORMAZIONI CC
		Rev. 04	del 16/02/2026

DELEGA PER IL RITIRO DI COPIA DI CARTELLA CLINICA

Il/La sottoscritto/a

(cognome) _____ (nome) _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____

stato di nascita _____ nazionalità _____

residente a _____ prov. _____ CAP _____

via _____ n. _____

telefono (fisso o mobile) _____ e-mail (facoltativa) _____

DELEGA

Il Sig./La Sig.ra

(cognome) _____ (nome) _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____

stato di nascita _____ nazionalità _____

residente a _____ prov. _____ CAP _____

via _____ n. _____

al ritiro della copia di Cartella Clinica richiesta il _____

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).

Data _____ firma (per esteso) _____

Avvertenze

Il delegato deve esibire un proprio documento di identità

Allegare fotocopia del documento di identità del delegante

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.	