

Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

UNITA' OPERATIVA COMPLESSA  
AFFARI GENERALI, LEGALI ED ASSICURATIVI  
Tel. 0965/397700-02-7719-7597  
Fax. 0965/21726  
Pec: [protocolollo@pec.ospedalc.it](mailto:protocolollo@pec.ospedalc.it)  
**Direttore : *Avv. Maria Felicita Crupi***

### REGOLAMENTO PER IL RILASCIO DEI REFERTI CLINICI TRAMITE SERVIZIO POSTALE

Art.1 – il presente Regolamento disciplina le modalità di rilascio di referti clinici riguardante i pazienti assistiti dal Grande Ospedale Metropolitano BMM di Reggio Calabria che non hanno la possibilità di ritirare direttamente la documentazione.

Art.2 – la richiesta della documentazione riguardante i referti da parte del paziente, presentata presso l'ufficio Cartelle Cliniche del Presidio OO.RR. compilando l'apposito modello, allegando il documento d'identità, nonché ricevuta del pagamento di euro 6,00, verrà inviata tramite Raccomandata A/R all'indirizzo del richiedente.

Art.3 - la tariffa forfettaria di euro 6,00 è determinata sulla base delle tariffe praticate all'Ospedale da parte del gestore dei Servizi Postali e degli oneri annessi.

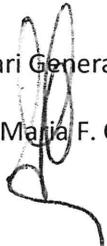
Art.4 – la documentazione richiesta verrà inviata a cura del Servizio Postale tramite Raccomandata A/R all'indirizzo del richiedente.

Art.5 – la documentazione inerente i referti può essere richiesta da persona munita di delega sottoscritta dal titolare con allegata fotocopia del documento di identità del paziente; in caso di minore, la persona esercente la podestà genitoriale deve eseguire anche l'autocertificazione del relativo status.

Art.6 – il costo di euro 6,00 è dovuto anche nel caso di prestazione in regime di esenzione.

Il Direttore Della UOC Affari Generali, Legali Assicurativi

Avv.to Maria F. Crupi



ALL.1

### RICHIESTA INVIO REFERTO TRAMITE SERVIZIO POSTALE

IL SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO \_\_\_\_\_

### RICHIEDE

Che il referto degli esami eseguiti in data-----venga inviato  
con Raccomandata A/R al costo di euro 6,00 a mio carico al seguente indirizzo:

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

COMUNE \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_