

RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

ACCETTAZIONE RICOVERO
UFFICIO CARTELLE CLINICHE
FAX: 0375/281493

Oggetto: richiesta documentazione sanitaria

Il sottoscritto/a _____ Nato/a il _____

residente a _____ Via _____ n° ____ cap. _____

Tel./Cell. _____

Identificato/a con il seguente documento d'identità _____

**Chiede
il rilascio di copia della documentazione sanitaria**

- Copia della **cartella clinica** relativa al ricovero:
n. _____ reparto _____
n. _____ reparto _____
n. _____ reparto _____
- Copia della prestazione di Pronto Soccorso relativa al giorno _____
- Copia cd esami radiologici:
 P.S. _____
 degenze _____
- Copia esami ambulatoriali

INTESTATA A:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____ residente in _____

Via _____ n. _____ CAP _____

RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

La richiesta ha carattere d'urgenza: si no

Chiedo che la documentazione venga
spedita a mezzo raccomandata r.r.: si no

Al seguente indirizzo : Cognome _____ Nome _____

Via _____ n. _____ Comune _____ Prov. _____ CAP _____

Lì _____

FIRMA

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

Allegati:

- **Documento d'identità del richiedente** (se richiesta inviata via fax)
- **Atto di delega** del titolare del documento d'identità dello stesso
- **Dichiarazione sostitutiva di certificazione o di atto notorio** che attesti la qualità di persona legittimata a richiedere i documenti per conto dell'intestatario
- **Modulo per pagamento Documentazione Sanitaria**
- **Altro** : _____

FIRMA OPERATORE
