

Ufficio Documentazione Sanitaria
Telefono 069327 6282-6414

Dal Lunedì al Venerdì 10:00 – 12:00
Martedì e Giovedì 15:00 – 17:00

**DA RICONSEGNARE ALL'UFFICIO DOCUMENTAZIONE SANITARIA
IN DATA STABILITA E COMPILATO IN TUTTE LE SUE PARTI**

Oggetto: Richiesta Documentazione Sanitaria

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il ____/____/____
domiciliato/a a _____ Via/P.zza _____
telefono _____ fa richiesta della seguente propria documentazione sanitaria o in quanto delegato:

Copia fotostatica della Cartella Clinica,
relativa al ricovero nel reparto di _____ e dimesso in data ____/____/____;

Copia fotostatica della Cartella Clinica di Pronto Soccorso del ____/____/____;

Copia fotostatica della seguente Documentazione Sanitaria _____
relativa al ricovero nel reparto di _____ e dimesso in data ____/____/____;

Documento del richiedente _____ n° _____

Firma del richiedente

PARTE DA COMPILARE IN CASO DI DELGA:

**ESIBIRE DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL RICOVERATO
IN CASO DI RITIRO DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA PAZIENTE DEFUNTO
È NECESSARIO COMPILARE LA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ DI EREDI**

Il/la sottoscritto/a di cui sopra, delega il Sig./Sig.ra _____
nato/a a _____ il ____/____/____
domiciliato/a a _____ Via/P.zza _____
Documento del delegato/a _____ n° _____

Firma del delegante

Prenotazione del giorno ____/____/____; Ritiro della documentazione il giorno ____/____/____;

*Al CUP per il pagamento della/e Cartella Clinica e/o
Cartella Clinica di Pronto Soccorso di € 20,00 cadauno _____
oppure di altra Documentazione Sanitaria di € 0,40 cadauno _____
come da Delibera Aziendale 372 del 03.07.14.*

L'impiegato Ufficio Archivio
