

RICHIESTA DELLA CARTELLA CLINICA O DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Con questo modulo puoi chiedere una copia della cartella clinica o della documentazione sanitaria, ad esempio: referti degli esami o delle visite.

Il /la sottoscritto / a Nato/a a..... il / /
Residente a Telefono.....
Tipo di documento di identità: n° scadenza:

In qualità di:

- Paziente
- Genitore
- Tutore legale
- Amministratore di sostegno
- Curatore
- Erede ¹

di nato a il / /
se deceduto il / /

chiede :

- Copia della **cartella clinica**:
reparto ricovero dal / / al / /
- Copia della seguente **documentazione sanitaria**:

MODALITÀ DI RITIRO E CONSEGNA:

- Personalmente, presso l'Ufficio Cassa al piano terra, eliminacode lettera A
- Via posta al seguente indirizzo²:
Via Città CAP Provincia
- Con delega al Sig. nato il Tipo di Documento
d'identità n° Scadenza

SI ALLEGA:

- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente
- Fotocopia del documento di riconoscimento del delegato
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

Aviano, il / /

Firma

Da compilarsi a cura dell'ufficio copia cartelle cliniche al momento della consegna:

L'impiegato addetto fogli n° tot. Euro
Data / / Firma per ricevuta

¹ L'erede deve allegare alla richiesta la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

² Le spese di spedizione sono a carico del destinatario