

RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

N° CARTELLA CLINICA.....

N° PROGR. REGISTRO.....DATA.....

INTESTATARIO CARTELLA CLINICA

NOME COGNOME

Nato/a a Il

Residente Indirizzo

C.A.P. Tel

DATA RICOVERO DATA DIMISSIONI

REPARTO FIRMA

Acconsento al trattamento dei dati personali secondo l'art. 13 del D.Lgs 196/03

RICHIEDENTE CARTELLA CLINICA (Compilare solo se persona diversa dall'intestatario)

NOME COGNOME

Nato/a a Il

Residente Indirizzo

C.A.P. Tel

REPARTO FIRMA

Consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 del D.p.r. 445/00, in caso di dichiarazioni mendaci

INTESTATARIO DELEGA AL RITIRO

NOME/COGNOME..... Nato/a a.....

Il..... FIRMA

La persona delegata, al momento del ritiro, dovrà presentarsi con un documento di riconoscimento valido;
autorizza, inoltre, il trattamento dei propri dati personali e la conservazione di copia del documento.

RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE

Dal Lunedì al Sabato dalle 09.00 alle 19.30. Il tempo medio di attesa per la consegna della copia della cartella clinica è di circa 50/60 giorni dalla data in cui è presentata la richiesta. Prima del ritiro, si pregano gli utenti di accertarsi dell'effettiva disponibilità, telefonando al numero 0825/407301.

O CARTELLA CLINICA PAGATA

O CARTELLA CLINICA DA SPEDIRE TRAMITE SERVIZIO POSTALE

SI PREGA DI PORTARE SEMPRE, ALL'ATTO DEL RITIRO, IL PRESENTE MODULO UNITAMENTE AD UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO

DATA DEL RITIRO.....