



Pratica n. _____	Data apertura _____
------------------	---------------------

1 - RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Intestatario della documentazione

Cognome e Nome _____

Nato/a _____ Prov. _____ il _____ Codice Fiscale _____

residente a _____ CAP _____

Prov. _____ in via/piazza _____ n° _____

Tel. _____ Cell. _____

email _____ PEC _____

Altro avente diritto: compilare IL MODULO 2 "DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE".

(La documentazione di ricoveri avvenuti per interruzione volontaria di gravidanza può essere richiesta e ritirata solo dall'intestataria)

CHIEDO IL RILASCIO DELLA COPIA DI:

CARTELLA CLINICA

CARTELLA AMBULATORIALE (BIC/MAC)

VERBALE PRONTO SOCCORSO

relativa/e alle seguenti date di ricovero (per ambulatoriali, indicare solo la data della visita):

1 dal al

Reparto.....

2 dal al

Reparto.....

3 dal al

Reparto.....

SPAZIO DA NON COMPILARE
n/SDO.....[]
n/SDO.....[]
n/SDO.....[]

INDICARE LA MODALITA' SCELTA	MODALITA' DI RIPRODUZIONE				MODALITA' DI RITIRO	
	P.E.C.	CD/DVD	PENDRIVE	CARTACEO	RITIRO ALLO SPORTELLO	SPEDIZIONE
Cartella Clinica						
Cartella Ambulatoriale (BIC/MAC)						
Verbale Pronto Soccorso						

INDIRIZZO DI SPEDIZIONE (da compilare solo se diverso da quello dell'intestatario o dell'avente diritto)

Cognome e Nome _____

in via/piazza _____ n. _____

CAP _____ Comune _____ Prov. _____

OPPURE

Posta Elettronica Certificata: _____

N.B. Non è previsto l'invio di alcuna documentazione ad indirizzi di posta elettronica ordinaria (e-mail).

Data _____

(FIRMA del richiedente intestatario ovvero avente diritto)



SPAZIO RISERVATO AGLI OPERATORI

Documento di identità allegato in copia.

Documento di identità esibito n. _____

rilasciato da _____ il _____

L'Operatore _____

Eseguiti n°CD/DVD/PENDRIVE

Ritirato allo sportello in data/...../.....

Eseguite n° fotocopie

Ritirato allo sportello in data/...../.....

Eseguito n°invio via P.E.C.

Data invio.....ore.....

L'Addetto dell'Archivio Centrale

L'addetto allo Sportello

Quietanzato € _____

mediante:

Rimessa diretta in cassa ticket

Pago PA _____

Riferimenti avvenuto pagamento:

SOTTOSCRIZIONE PER AVVENUTO RITIRO

L'intestatario/il richiedente/il delegato (*cancellare le ipotesi che non ricorrono*)

firma per avvenuto ritiro della Documentazione _____ Data _____