



RICHIESTA DELLA CARTELLA CLINICA O DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Con questo modulo puoi chiedere una copia della cartella clinica o della documentazione sanitaria (es. 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
- Tutor legale
- Amministratore di sostegno
- Curatore
- Erede¹

di nato/a a il/...../.....

se deceduto/a 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/alla Sig./ra nato/a il/...../.....
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:

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.