

**UFFICIO COPIA CARTELLE CLINICHE**

**Ospedale di SPILIMBERGO**

Tel. n. 0434 841206-208

**URL:** [https://asfo.sanita.fvg.it/it/servizi/richesta\\_documentazione\\_sanitaria.html](https://asfo.sanita.fvg.it/it/servizi/richesta_documentazione_sanitaria.html)

**E-MAIL:** [asfo.protgen@certsanita.fvg.it](mailto:asfo.protgen@certsanita.fvg.it)

***RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA/DOCUMENTAZIONE SANITARIA***

*Anche con finalità di autocertificazione e/o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ex artt. 46 e 47 DPR n.445/2000*

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (cognome nome)

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Documento di identificazione: Tipo \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_

Emesso da \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ vedi allegato \_\_\_\_\_

***DICHIARA DI ESSERE (barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste)***

**diretto interessato**

**il genitore (con la patria potestà)**

del/la minore \_\_\_\_\_ (cognome nome)

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**l'erede**

Del/la sig./ra \_\_\_\_\_ (cognome nome)

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ deceduto/a il \_\_\_\_\_

***CHIEDE PER USO***

Amministrativo · Legale · Sanitario · Assicurativo · Altro (specificare) \_\_\_\_\_

***IL RILASCIO DI***

**Copia della/e cartella/e cliniche dei ricoveri sotto elencati**

Reparto \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

- Copia della seguente documentazione sanitaria (es. Verbale di PS, referto visita specialistica, referto indagine diagnostica)**

**Solo immagini radiologiche su CD: da richiedere a qualunque sportello radiologico ASFO dal lunedì al venerdì dalle ore 08.00 alle ore 14.00**

**Da ritirare dopo 3 gg lavorativi presso la segreteria di richiesta dalle ore 08.00 alle ore 14.00**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SCELGO DI** (barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste)

- ritirare la copia di persona  
 delegare al ritiro della copia

**Il/la sig./ra** \_\_\_\_\_ **(cognome e nome) nato/a il** \_\_\_\_\_

Documento di identificazione: Tipo \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Scadenza \_\_\_\_\_ Emesso da \_\_\_\_\_

Ricevere la copia per posta, con spese a mio carico, indirizzata a:

Via \_\_\_\_\_ n° civico \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

**ALLEGRO**

- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente  
 Fotocopia del documento di riconoscimento del/la delegato/a

Data \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(firma del richiedente)

**Ritiro previsto il** \_\_\_\_\_ (spazio riservato all'Azienda)

**Data del ritiro** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_