

***RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA/DOCUMENTAZIONE SANITARIA PER I
PRESIDI DI SAN VITO AL TAGLIAMENTO E SPILIMBERGO***

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: vedi allegato

Telefono _____

E-mail _____

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 _____

il tutore

il curatore

l'amministratore di sostegno

Del/la sig./ra _____ (cognome nome)

Nato/a _____ il _____

l'erede

Del/la sig./ra _____ (cognome nome)

Nato/a _____ il _____ deceduto/a il _____

IL RILASCIO DI

Copia integrale della/e cartella/e cliniche dei ricoveri sotto elencati (specificare se Ospedale di San Vito al T.to o Spilimbergo)

Reparto _____ dal _____ al _____

Reparto _____ dal _____ al _____

anche immagini radiologiche su CD

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

solamente immagini radiologiche su CD: da richiedere a qualunque sportello radiologico ASFO dal lunedì al venerdì dalle ore 08.00 alle ore 14.00 al costo di 5 euro

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: vedi allegato

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

Nome e Cognome _____

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)

Data del ritiro _____ **Firma** _____

