

Alla Direzione Medica/Ufficio cartelle cliniche sede di:

Arzignano

Valdagno

Lonigo

Noventa Vicentina

RICHIESTA COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA OSPEDALIERA

Allegare copia fronte/retro di documento d'identità valido del richiedente intestatario o avente diritto

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ Prov. (_____) il ____/____/____

residente a _____ in via _____ n. _____ CAP _____

n° cellulare _____ email _____

solo se si richiede la spedizione Codice fiscale _____

Consapevole delle responsabilità civili e penali, così come stabilito dagli art. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti atti non rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità

IN QUALITA' DI (barrare la voce interessata):

- titolare della documentazione
- persona delegata a richiedere (allegare delega dell'avente diritto)
- erede legittimo/testamentario (allegare dichiarazione sostitutiva)
- genitore esercente la responsabilità genitoriale (allegare dichiarazione sostitutiva)
- tutore/curatore/amministratore di sostegno (allegare atto di nomina e dichiarazione sostitutiva)

CHIEDE COPIA DI AUTENTICATA* NON AUTENTICATA

Cartella clinica

reparto di _____ sede di _____ dal ____/____/____ al ____/____/____

reparto di _____ sede di _____ dal ____/____/____ al ____/____/____

reparto di _____ sede di _____ dal ____/____/____ al ____/____/____

Cartella ambulatoriale / Referto Ambulatoriale

reparto di _____ sede di _____ del ____/____/____

Verbale di Pronto Soccorso del ____/____/____ **Suem** del ____/____/____

Immagini e referti di indagini diagnostiche Radiografie TAC RM altro _____

del ____/____/____ o dal ____/____/____ al ____/____/____

Referto autoptico data decesso ____/____/____

Vetrini (materiale unico da conservare con cura e da presentare in occasione di successivi controlli sanitari) del ____/____/____

INTESTATA A: (cognome e nome) _____ nato a _____ il ____/____/____

CONSEGNA DOCUMENTAZIONE URGENTE ** ORDINARIO

Spedizione all'indirizzo sopra riportato

Ritiro allo sportello

SPEDIZIONE a: Cognome e Nome _____ via _____ n. _____

Comune di _____ (____) CAP _____

Delega al ritiro della documentazione il Sig.re/ra _____ nato/a il ____/____/____

che si presenterà al ritiro esibendo un proprio documento d'identità e copia del documento d'identità del delegante

Data ____/____/____

FIRMA _____

* tariffa maggiorata

** tariffa maggiorata se richiesta effettuata entro 30 giorni dalla dimissione

Visto per l'Operatore di sportello