

Data

Il/La sottoscritto/a Codice Fiscale.....

nato/ail Tel.

residente a cap via

(documento di riconoscimento.....)

in qualità di

- intestatario della documentazione
- esercitante la potestà genitoriale sul paziente minorenne
- tutore
- curatore
- medico curante dell'intestatario della documentazione
- erede dell'intestatario deceduto
- altro (da specificare)

Chiede

copia della seguente documentazione sanitaria:

- cartella clinica ospedaliera
- cartella di Pronto Soccorso
- radiogrammi
- referto ambulatoriale di radiologia
- referto ambulatoriale di laboratorio
- documentazione di prestazione ambulatoriale
- altro (da specificare)

relativa ai seguenti ricoveri/prestazioni ambulatoriali effettuati presso codesta Azienda Ospedaliera:

Ospedale di	Divisione di	Dal	Al	N.ro pratica

del Signor/a Codice fiscale

nato/ail Tel.

residente a cap via

(documento di riconoscimento.....)

L'operatore del Servizio

Firma del richiedente

.....

.....

Visto : si autorizza.

Il Dirigente Medico di Presidio

Data

.....

.....

D E L E G A

Il/La sottoscritto/a

dichiara sotto la propria responsabilità di delegare al ritiro della documentazione sanitaria richiesta

il Signor/a Codice Fiscale.....

nato/ail/...../..... Tel. n.

residente a cap via

(documento di riconoscimento)

Firma del delegato

Firma del richiedente

.....
(allegata fotocopia non autenticata del documento d'identità personale del richiedente - delegante)

AVVERTENZE

- La documentazione potrà essere ritirata presso l'Ufficio Accettazione dell'Ospedale nei giorni da Lunedì a Venerdì dalle ore 9.00 - 12.00 e dalle ore 13.30 - 16.00 entro 30 giorni dalla richiesta, dopo aver provveduto al pagamento delle tariffe stabilite dall'Amministrazione per il servizio.
- Il documento di riconoscimento dovrà essere sempre esibito sia per la richiesta sia per il ritiro della documentazione
- Per informazioni telefonare ai seguenti numeri:

Ufficio Accettazione Ospedale di Chiari: n. 0307102292

Ufficio Accettazione Ospedale di Iseo: n. 0309887204

Ufficio Accettazione Ospedale di Orzinuovi: n. 0309944346