



Pratica n. _____	Data apertura _____
------------------	---------------------

**1 - RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

**Intestataro della documentazione**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

**Altro avente diritto: compilare IL MODULO 2 "DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE".**

(La documentazione di ricoveri avvenuti per interruzione volontaria di gravidanza può essere richiesta e ritirata solo dall'intestataria)

**CHIEDO IL RILASCIO DELLA COPIA DI:**

**CARTELLA CLINICA**

**CARTELLA AMBULATORIALE (BIC/MAC)**

**VERBALE PRONTO SOCCORSO**

relativa/e alle seguenti date di ricovero (per ambulatoriali, indicare solo la data della visita):

**1** dal ..... al .....

Reparto.....

**2** dal ..... al .....

Reparto.....

**3** dal ..... al .....

Reparto.....

SPAZIO DA NON COMPILARE
n/SDO.....[]
n/SDO.....[]
n/SDO.....[]

INDICARE LA MODALITA' SCELTA	MODALITA' DI RIPRODUZIONE				MODALITA' DI RITIRO	
	P.E.C.	CD/DVD	PENDRIVE	CARTACEO	RITIRO ALLO SPORTELLO	SPEDIZIONE
Cartella Clinica						
Cartella Ambulatoriale (BIC/MAC)						
Verbale Pronto Soccorso						

**INDIRIZZO DI SPEDIZIONE (da compilare solo se diverso da quello dell'intestataro o dell'avente diritto)**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

**OPPURE**

Posta Elettronica Certificata: \_\_\_\_\_

*N.B. Non è previsto l'invio di alcuna documentazione ad indirizzi di posta elettronica ordinaria (e-mail).*

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(FIRMA del richiedente intestatario ovvero avente diritto)



### SPAZIO RISERVATO AGLI OPERATORI

Documento di identità allegato in copia.

Documento di identità esibito n. \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

L'Operatore \_\_\_\_\_

Eseguiti n° .....CD/DVD/PENDRIVE

Ritirato allo sportello in data ...../...../.....

Eseguite n° ..... fotocopie

Ritirato allo sportello in data ...../...../.....

Eseguito n° .....invio via P.E.C.

Data invio.....ore.....

L'Addetto dell'Archivio Centrale

L'addetto allo Sportello

Quietanzato € \_\_\_\_\_

mediante:

Rimessa diretta in cassa ticket

Pago PA \_\_\_\_\_

Riferimenti avvenuto pagamento:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### SOTTOSCRIZIONE PER AVVENUTO RITIRO

L'intestatario/il richiedente/il delegato (*cancellare le ipotesi che non ricorrono*)

\_\_\_\_\_

firma per avvenuto ritiro della Documentazione \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_