Sede legale: *via Venezia, 6*
15121 Alessandria
Partita IVA/Codice Fiscale
n. 02190140067

RICHIESTA DI COPIA CONFORME DI DOCUMENTAZIONE CLINICA

Alla cortese attenzione del Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero di_____

Il sottoscritto Sig./Sig.ra_____in qualita di:

◊ Paziente ◊ Medico curante (nel caso di Specialista Ospedaliero specificare Reparto_____)

◊ Erede Legittimo* ◊ Altro*_____

*I richiedenti dovranno documentare con apposita documentazione il diritto a ricevere copra della documentazione sanitaria

Richiede: ◊ copia di cartella clinica

◊ copia di esami radiografici

◊ altra documentazione clinica_____

del Sig._____nato il_____ a_____

RICOVERI/ACCESSI DEA-AMBULATORIO dal_____ al_____ /_____/_____,Reparto_____

dal _____ al_____/_____ /_____, Reparto_____

dal _____ al _____/_____ /_____, Reparto_____

Data ___/____/_____ Firma del richiedente_____

Firma per autorizzazione del Direttore Sanitario_____

Indicare un recapito telefonico: _____

MODALITA DI RITIRO ◊ personalmente allo sportello

◊ persona delegata

◊ Via Posta Elettronica Certificata/Dispositivo USB

◊ Spedizione all'indirizzo:

_____

IN CASO DI DELEGA AL RITIRO:

Il sottoscritto_____delego,al ritiro della documentazione sanitaria richiesta,

il Sig./Sig.ra_____nato/a il _____ a_____

(al momenta del ritiro dovra essere allegata alla richiesta copia del documento di identita richiedente e della persona delegata)

Firma del richiedente_____

La documentazione sarà disponibile a partire dal giorno_____/___/_____Firma dell'interessato all'atto del ritiro_____

Si ricorda che la documentazione sanitaria potrà essere ritirata solo previa presentazione dell'attestato di pagamento dei diritti di segreteria.