



azienda sanitaria locale
materà

S. 01.
Azienda Sanitaria Locale di Matera - P.O. di Policoro.

Modulo di richiesta - Documentazione sanitaria

Intestatario	Nome	Cognome
Nato a	Prov.	il / /
Indirizzo	n.	Città
Cap	Provincia	Telefono
Documento di identità	N.	
Rilasciato da		

Richiedente (compilare solo se persona diversa dall'intestatario)

Nome	Cognome	
Nato a	Prov.	il / /
Indirizzo	n.	Città
Cap.	Provincia	Telefono

Consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 del d.p.r. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci
DICHIARA DI ESSERE:

Genitore esercente la patria potestà Tutore* Curatore* Amministrativo di sostegno*

Erede (che agisce in nome e per conto degli altri coeredi)

Altro, specificare _____

* (Allegare provvedimento di nomina da parte del Giudice Tutelare del Tribunale)

CHIEDE

Copia Cartella Clinica
Periodo di ricovero : dal / / al / / Reparto _____

Referto effettuato in data _____ presso l'U.O. di _____

Altro, specificare _____

Modalità di ritiro:

Presso Ufficio Cartelle Cliniche

a domicilio con costo di spedizione a carico del destinatario presso il seguente indirizzo:

Via _____ n. _____ CAP. _____ Città _____ Prov. _____

NB: In caso di ritiro da parte di persona diversa dall'intestatario, il delegato dovrà presentare :

1) delega 2) ricevuta di pagamento, 3) copia del documento di identità del delegato 4) proprio documento di identità.

Il sottoscritto ai sensi del D. Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge ed allega attestato di pagamento di euro. _____

Data _____ Firma (leggibile) _____

La documentazione sanitaria richiesta sarà disponibile dal 20 giorno dalla data di richiesta (per le richieste di cartelle cliniche devono essere trascorsi 15gg. Dalla dimissione).