

	Richiesta Cartella Clinica o Documentazione Sanitaria	MOD-DG Rev. 01
	DIREZIONE GENERALE	Del 03/07/2018

Alla Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero di _____

Il sottoscritto/a _____, nato a _____,

il _____, residente a _____, tel. _____

chiede il rilascio di copia della Cartella Clinica / Documentazione sanitaria

☐ riferita a se stesso

☐ riferita a (nome e cognome) _____ data di nascita _____
in qualità di

☐ Delegato *

☐ Tutore/amministratore di sostegno **

☐ Esercitante la rappresentanza legale **

☐ Legittimo erede **

☐ _____ **

impegnandosi a:

1) ritirarla entro trenta giorni dalla presente richiesta;

2) autorizzare codesta Azienda a trasmettere il documento, a mezzo contrassegno con spese a carico, al seguente indirizzo:

Sig. _____ Via _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

TIPO DOCUMENTO	DATA INGRESSO	DATA DIMISSIONE	REPARTO

Il documento richiesto sarà rilasciato decorsi 15 gg e non oltre 30 gg. dalla data della presente richiesta previo pagamento di €. _____ da effettuare

- presso ogni sportello C.U.P. di questa Azienda;

- tramite versamento su c/c postale n. **12197059**, intestato a AZIENDA U.S.L. UMBRIA 2 – Servizio Tesoreria Foligno;

- tramite versamento sul c/c bancario IBAN **IT68A0306914405100000300039**, intestato alla Tesoreria dell' AZIENDA U.S.L. UMBRIA 2, presso le Casse di Risparmio dell'Umbria.

Si precisa altresì che, trascorsi ulteriori 60 gg., il documento verrà spedito, in contrassegno, con spese a carico del destinatario.

Data _____

Il Funzionario addetto

Il Richiedente

* copia di un valido documento d'identità (delegante e delegato) e delega

** copia di un valido documento d'identità e dichiarazione sostitutiva atto di notorietà (autocertificazione) attestante il proprio diritto