

AL DIRETTORE SANITARIO AOUP

IO SOTTOSCRITTO

Avvalendomi delle disposizioni di cui all'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445, consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni previste dal CP e dalle leggi speciali in materia, sotto la mia responsabilità dichiaro di essere:

COGNOME _____ NOME _____
 CF _____ NATO/A _____ IL _____
 RESIDENTE A _____ PROV _____
 VIA _____ N. _____ CAP _____
 TEL MOBILE* _____ MAIL* _____

* **DATI OBBLIGATORI**

RICHIEDO LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

– IN QUALITÀ DI **DELEGATO** DAL PAZIENTE

COGNOME _____ NOME _____
 CF _____ NATO/A _____ IL _____
 RESIDENTE A _____ PROV _____
 VIA _____ N. _____ CAP _____

INDICARE LA TIPOLOGIA DI DOCUMENTAZIONE RICHIESTA:

<input type="checkbox"/> PRONTO SOCCORSO	<input type="checkbox"/> CARTELLA CLINICA	<input type="checkbox"/> ESAMI RADIOLOGICI SU CD*	<input type="checkbox"/> REFERTO AUTOPTICO
DATA RICOVERO O PRESTAZIONE			
DAL	AL	N.COPIE	REPARTO E/O TIPOLOGIA ACCERTAMENTO RADIOLOGICO

* È possibile richiedere un singolo accertamento oppure più accertamenti radiologici eseguiti in un determinato periodo, specificando sempre, nella tabella, data e tipologia (es, RX Torace del/...../....., etc.)

DALITÀ DI RITIRO E PAGAMENTO – SELEZIONARE LA MODALITÀ SCELTA

<input type="checkbox"/>	INVIO PER POSTA ALL'INDIRIZZO DI RESIDENZA*
<input type="checkbox"/>	INVIO PER POSTA AD ALTRO INDIRIZZO* : c/o _____ VIA _____ N. _____ CITTA' _____ PROV _____ CAP _____
<input type="checkbox"/>	INVIO COPIA DIGITALE (.PDF) AL SEGUENTE INDIRIZZO MAIL (DEVONO COINCIDERE CON QUELLI RELATIVI AL RICHIEDENTE) MAIL/PEC: _____ RECAPITO TELEFONICO MOBILE (PER RICEZIONE PASSWORD APERTURA FILE MAIL) _____
<input type="checkbox"/>	RITIRO PRESSO UFFICIO RILASCIO DOCUMENTAZIONE SANITARIA – stabilimento Santa Chiara - Edificio 14/B, il lunedì e il mercoledì, dalle ore 8.30 alle 12.00. Il pagamento può essere effettuato anche presso l'Edificio 15 - Stabilimento Santa Chiara, esclusivamente con crediti /bancomat (in caso di delega al ritiro presentare il modulo di DELEGA AL RITIRO e documenti di identità del delegato e del delegante)

Per informazioni telefonare al 050-992828 martedì e giovedì dalle 8:30 alle 12:00.

FIRMA _____ DATA ___/___/____

DELEGA AL RITIRO DELLA PROPRIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**Da compilare a cura del titolare:**

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità previste dall'art.76 D.P.R.445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci:

SCRIVERE IN STAMPATELLO

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____ residente a _____

in qualità di **titolare della documentazione** sanitaria richiesta a codesta Azienda. Ospedaliera Universitaria Pisana

DELEGA

Il/la Sig. _____

nato/a _____ il _____ residente a _____

Doc. Identità n. _____ valido fino al _____

Al **ritiro** della seguente documentazione sanitaria:

- Copia Esame Radiologico su supporto informatico (CD) Copia referto autoptico
 Copia prestazione di Pronto Soccorso Copia cartella clinica

DATA __/__/____

FIRMA TITOLARE _____

FIRMA DELEGATO _____

Allegare fotocopia del documento di identità del delegato e del titolare