

Az. Osp. – Univ. Pisana	RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA AL DIRETTORE SANITARIO DELLA AOUP	T.01/P.A.09 Rev. 03 13/01/2017 Pag. 1 di 1
------------------------------------	---	--

COMPILARE IN STAMPATELLO

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

➤ **TITOLARE DELLA CARTELLA (ALLEGARE FOTOCOPIA DOCUMENTO D'IDENTITÀ in corso di validità, fronte retro)**

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A _____ IL _____ RESIDENTE A _____ PROV _____

VIA _____ N° _____ CAP. _____ TEL. _____

✓ **INDIRIZZO DI SPEDIZIONE, SE DIVERSO DALLA RESIDENZA: C/O** _____

VIA _____ N° _____ CAP. _____ CITTÀ _____ PROV _____

➤ **RICHIEDENTE IN QUALITÀ DI (ALLEGARE FOTOCOPIA DOCUMENTO D'IDENTITÀ in corso di validità, fronte retro)**
SOLO SE DIVERSO DAL TITOLARE

☐ GENITORE ☐ CONIUGE ☐ FIGLIO ☐ EREDE/ allegare dichiarazione sostitutiva di Atto Notorio ☐ MINORE/allegare dichiarazione sostitutiva di Atto Notorio ☐ ALTRO

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A _____ IL _____ RESIDENTE A _____ PROV _____

VIA _____ N° _____ CAP. _____ TEL. _____

CHIEDE IL RILASCIO DELLA CARTELLA CLINICA RELATIVA AL RICOVERO AVVENUTO:

Dal		al		Reparto		n. copie	
Dal		al		Reparto		n. copie	
Dal		al		Reparto		n. copie	
Dal		al		Reparto		n. copie	

☐ **CHIEDE INVIO TRAMITE RACCOMANDATA E PROVVEDERÀ AL PAGAMENTO TRAMITE CONTRASSEGNO POSTALE**

☐ **RITIRO PRESSO UFFICIO RILASCIO DOCUMENTAZIONE SANITARIA.** In caso di delega, il Titolare della documentazione sanitaria incarica un soggetto di sua fiducia il quale deve presentarsi all'Ufficio Rilascio Documentazione Sanitaria munito del **MODULO di DELEGA e dei documenti di identità in corso di validità, del delegato e del delegante.**

FIRMA DEL TITOLARE _____ E FIRMA DEL RICHIEDENTE _____

DATA _____

➔ **FAX N. 050-992625 SEMPRE ATTIVO NELLE 24 ORE**
➔ **E-MAIL ufficio.cartellecliniche@ao-pisa.toscana.it (allegare documenti in pdf)**