

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)