

**UFFICIO CARTELLE CLINICHE**  
Tel/Fax: 0833 508450  
e-mail: [infourp.pocasarano@asl.lecce.it](mailto:infourp.pocasarano@asl.lecce.it)

N. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

**CHIEDE IL RILASCIO DI COPIA:** Cartella Clinica     Relazione di Pronto Soccorso     Altro \_\_\_\_\_

n. CC \_\_\_\_\_ Ricovero del \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_

n. CC \_\_\_\_\_ Ricovero del \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_

Pronto Soccorso accesso/i del \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ del \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

- Si prende atto che i costi di riproduzione sono i seguenti:

**Cartella Clinica**

€ 7,00 pagine da n. 1 a 30

€ 15,00 pagine da n. 31 a 60

€ 25,00 pagine &gt; 60

**Relazione Pronto Soccorso**

€ 2,00

**Spese di Segreteria**

€ 0,50

*(Delibere del Direttore Generale n. 790 del 05/03/2009 e n. 2564 del 31/07/2009)*

Firma del Richiedente

Casarano, li \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**DELEGA**

Al ritiro della Cartella Clinica il/la Sig./ra \_\_\_\_\_ Nato/a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

Tel/Cell. \_\_\_\_\_

Firma del Richiedente/Delegante

**N.B. ALL'ATTO DEL RITIRO IL DELEGATO E' TENUTO AD ESIBIRE IL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO**