

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. \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000

### DICHIARA

di essere \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
deceduto/a il \_\_\_\_\_ pertanto,

### 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 > 60

**Relazione di 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. \_\_\_\_\_

Firma del Richiedente/Delegante

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