



ASL Lecce

PugliaSalute

PRESIDIO OSPEDALIERO DI GALLIPOLI

U.O.C. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO

UFFICIO CARTELLE CLINICHE – Tel 0833 270756

Richiesta copia Cartella Clinica tramite fax 0833 270720

e-mail dspogallipoli@asl.lecce.it/infourp.pogallipoli@asl.lecce.it

ORARIO DI APERTURA AL PUBBLICO

Dal Lunedì al Venerdì : 08:30-12:30

Giovedì : 16:00 -17:00

Intestatario della cartella

Nome e Cognome _____ nato/a _____ ()
Il ____/____/____, residente a _____ ()
Via _____ n° _____, Tel/Cell _____/_____

Richiedente (Compilare se persona diversa dall'intestatario)

Nome e Cognome _____ nato/a _____ ()
Il ____/____/____, residente a _____ ()
Via _____ n° _____, Tel/Cell _____/_____

Consapevole delle responsabilità previste dall'art.76 del d.p.r. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA DI ESSERE

- Genitore esercente la patria potestà
- Tutore
- Curatore
- Amministratore di Sostegno

(Allegare provvedimento di nomina del Giudice Tutelare del Tribunale)

- Erede (che agisce in nome e per conto degli altri coeredi) (Allegare Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione)

CHIEDE IL RILASCIO DI COPIA

Cartella Clinica

Referto di Pronto Soccorso

Radiogrammi

Tac

CD/DVD

Ricovero del ____/____/____

Reparto _____

Ricovero del ____/____/____

Reparto _____

Ricovero del ____/____/____

Reparto _____

Pronto Soccorso accesso /i del ____/____/____

Note : il tempo di consegna della fotocopia di cartella clinica è di 10 gg. dalla data di consegna della presente richiesta all'ufficio Cartella Cliniche, purchè siano trascorsi 15gg. dalla dimissione

Si prende atto che i costi di produzione sono i seguenti:

Cartella Clinica

€7,00 pagine da n.1 a n.30
€15,00 pagine da n.31 a n.60
€25,00 pagine ≥60

Referto di Pronto Soccorso

€2,00

Radiogrammi

€7,50 dimensione cm 35x43
€6,50 dimensione cm 30x40
€5,50 dimensione cm 24x30

CD/DVD

€10,00

L'eventuale spedizione è a carico dell'interessato

N.B. La documentazione sanitaria può essere ritirata:

- Dall'interessato munito di documento d'identità in corso di validità
- Da persona provvista di delega e munito di documento d'identità proprio ed i fotocopia di documento del delegante in corso di validità

Data _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE