

PRESIDIO OSPEDALIERO DI CASARANO
Viale Francesco Ferrari · 73042 CASARANO
tel. 0833 508111 – Fax 0833 508383

UFFICIO CARTELLE CLINICHE
Tel/Fax: 0833 508450
e-mail: infourp.pocasarano@ausl.le.it

N. _____/_____/_____

Oggetto: Richiesta copia documentazione sanitaria.

Il/La sottoscritto/a _____ Nato/a a _____ (____)

il ____/____/____ residente in _____ (____) alla via _____ n. _____

Tel/Cell. _____ in qualità di _____

CHIEDE IL RILASCIO DI COPIA:

☐ Cartella Clinica ☐ Referto di Pronto Soccorso ☐ Altro _____

di _____ nata il _____ deceduta il _____

n. CC _____ Ricovero del ____/____/____ U.O. _____

n. CC _____ Ricovero del ____/____/____ U.O. _____

Pronto Soccorso accesso/i del ____/____/____ del ____/____/____

Il/La sottoscritto/a dichiara che le presenti dichiarazioni sono rese ai sensi e per gli effetti degli artt. 46, 47 e 76 del DPR 445/2000.

- 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

Referto 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

Il Funzionario Addetto

Casarano, li ____/____/____

N.B. ALLA PRESENTE RICHIESTA DEVE ESSERE, NECESSARIAMENTE, ALLEGATO IL DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL RICHIEDENTE

D E L E G A

Al ritiro della documentazione sanitaria il/La Sig./ra _____ Nato/a

_____ (____)

il ____/____/____ residente in _____ (____) alla via _____ n. _____

Tel/Cell. _____

Firma del Richiedente/Delegante

Il Funzionario Addetto

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