Cartella N°

ASL LECCE
SERVIZIO SANITARIO DELLA PUGLIA

Presidio Ospedaliero " S. Caterina Novella"
GALATINA

U.O. C. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO

UFFICIO CARTELLE CLINICHE - Tel 0836 529796 - 0836 529797

Richiesta copia Cartella clinica tramite fax allo 0836 529720

Intestatario della cartella

Nome Cognome _____ nato/a a _____prov_____

il_____ indirizzo_____ n°_____ città_____

Cap_____ Provincia_____ Telefono_____

Richiedente (Compilare solo se persona dicersa dall'intestatario)

Nome Cognome _____ nato/a a _____prov_____

il_____ indirizzo_____ n°_____ città_____

Cap_____ Provincia_____ Telefono_____

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 da parte del Giudice Tutelare del Tribunale)

* Erede (che agisce in nome e per conto degli altri coeredi)

CHIEDE

Copia Cartella Clinica Reparto_____ dal_____ al_____

Reparto_____ dal_____ al_____

Reparto_____ dal_____ al_____

Modalità di ritiro e pagamento

* Presso Ufficio Cartelle Cliniche (in caso di ritito da parte di persona diversa dall'intestatario occorre presentare anche delega e documento di identità del delegante)

* Servizio postale in raccomandata (specificare con una X se la spedizione deve essere effettuata presso:

a) l'indirizzo dell'intestatario **b)** l'indirizzo del richiedente **c)** altro indirizzo_____

_____

Il sottoscritto ai sensi del D.Lgs. 193/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Data_____ Firma_____ **(Allegare docuemento di identità)**

***NOTE**: Il tempo di consegna della fotocopia di cartella clinica è di 10 gg. dalla data di consegna della presente richiesta all'Ufficio Cartelle Cliniche, purchè siano trascorsi 15gg dalla dimissione*

Predisposte N° _____ copie conformi di Cartella Clinica, rispettivamente di n° pag:_____; _____; _____; _____; _____;

L'UFFICIO CARTELLE CLINICHE

Esatta la somma di Euro_____ L'Ufficio Ticket_____

Ritiro

Per ricevuta

Firma leggibile_____ Consegnato da_____