



ASL LECCE
SERVIZIO SANITARIO DELLA PUGLIA

**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE -LECCE
PRESIDIO OSPEDALIERO DI SCORRANO**

Scorrano _____

Sig. DIRETTORE SANITARIO

Si richiedono n. _____ copie di cartelle cliniche /Referto/ Documenti sanitari

del Sig. _____ nato a _____

il _____ residente a _____ Via _____

_____ n _____ relativi ai seguenti periodi:

Anno _____ dal _____ al _____ Reparto _____

Anno _____ dal _____ al _____ Reparto _____

Anno _____ dal _____ al _____ Reparto _____

Anno _____ dal _____ al _____ Reparto _____

Anno _____ dal _____ al _____ Reparto _____

Firma _____

Documento d'identità _____

L'interessato dichiara di delegare per il ritiro il Sig. _____

Firma _____ Il Funzionario _____

Io sottoscritto _____ dichiaro sotto la mia personale responsabilità
di essere stato incaricato dal _____

Firma _____

Documento d'identità: _____

Annotazioni: I documenti richiesti potranno essere ritirati dalle ore 9,30 alle ore 12,00 del giorno
_____ dal diretto interessato o persona da lui delegata nei modi di legge.

Si rammenta altresì di portare il codice fiscale del paziente.

L'incaricato
