Regione Puglia

AZIENDA SANITARIA LOCALE BA

Lungomare Starita, 6 70123 BARI

P.I./C.F. 06534340721

Alla Direzione Medica S.O. di _____

RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA del *Sig*……...……..……...……

Il sottoscritto …… Tel. ……/…….....

nato a ….……..……...……... il …….…../…..…..…/…….

residente a ……...…… in Via/Piazza …….…….. n. …….

Documento di identità (C.I. / P.) n. ……..… rilasciato dal Comune/Prefettura di …….., **che allega in fotocopia**, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445,

CHIEDE

- in qualità di intestatario della documentazione richiesta
- in qualità di delegato /genitore di minore / tutore / erede legittimo / rappresentante legale **(delega o documentazione allegata)** del paziente sotto-indicato:

Cognome e nome …….…….....……

nato a ……..……il ……../……..…../…….…….

residente a ……..……...in Via/Piazza…….…….…… n. ……..

COPIA AUTENTICATA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE SANITARIA:

□ **Cartella clinica** n. _____della Unità Operativa di _____

del ricovero effettuato dal _____al _____

□ **Referto di Pronto Soccorso** n. _____ P.S. di_____data _____

□ **Radiografie / TAC** originale - copia eseguite in P.S. il _____n° P.S. _____

costituite da n° _____ lastre radiografiche **con – senza** referto radiologico.

□ **Radiografie / TAC / RMN** originale - copia eseguite nel reparto di _____

durante il ricovero dal _____ al _____ n° cartella clinica _____

costituite da n° _____ lastre radiografiche **con – senza** referto radiologico.

Per la visione degli esami strumentali in originale (escluso quelli eseguiti in PS) viene versata specifica cauzione, di cui si allega copia, che verrà restituita alla riconsegna degli stessi. Per la copia della cartella clinica e le copie degli esami strumentali viene versata quota aziendale specifica, di cui si allega copia. La documentazione sanitaria sopra specificata viene rilasciata per gli usi consentiti dalla legge.

In fede

_____

Documento sanitario consegnato il _____ La Direzione Sanitaria _____