



**ASL Brindisi**

**PugliaSalute**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE BR  
VIA NAPOLI, 8\_72100 BRINDISI\_ - CASALE**  
[www.sanita.puglia.it/web/asl-brindisi](http://www.sanita.puglia.it/web/asl-brindisi)

**RICHIESTA CARTELLA CLINICA**

**Spett. Direzione Sanitaria dello  
Stabilimento Ospedaliero/Distretto Socio Sanitario  
Di .....**

Il richiedente

IL SOTTOSCRITTO/A.....  
NATO/A..... IL.....  
RESIDENTE..... ALLA VIA..... N.....

1  INTESTATARIO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

2  ALTRO

Firma..... N. doc. identità.....

CHIEDE IL RILASCIO DELLA CARTELLA CLINICA

REFERTI DI PRONTO SOCCORSO

RIFERITA A (COMPILARE SE TRATTASI DI PERSONA DIVERSA  
DAL RICHIEDENTE)

COGNOME..... NOME.....  
NATO A..... IL.....  
RESIDENTE..... ALLA VIA..... N.....

RICOVERO NEL REPARTO DI..... DAL..... AL.....

RICOVERO NEL REPARTO DI..... DAL..... AL.....

RICOVERO NEL REPARTO DI..... DAL..... AL.....

DAY HOSPITAL..... DEL..... AL.....

DAY HOSPITAL..... DEL..... AL.....

PRESTAZIONE DI PRONTO SOCCORSO DEL.....(REFERTI)

PRESTAZIONE DI PRONTO SOCCORSO DEL.....(REFERTI)

FIRMA..... DATA.....

CARTELLA CLINICA N-=0