



ISTITUTO TUMORI
"GIOVANNI PAOLO II"
Istituto di Ricovero e Cura a
Carattere Scientifico
B A R I

UFFICIO RILASCIO COPIE
CARTELLE CLINICHE

Telefono 080/5555030
Fax 080/5555108

OGGETTO: Richiesta copia Cartella Clinica/Indagini Radiologiche.

Al Sig. DIRETTORE SANITARIO
IRCCS "Giovanni Paolo II"
BARI

Il/La paziente _____ nato/a a _____
il _____ residente in _____ () in via _____
_____ Telf. _____
Ricoverato/a presso l'U.O. di _____ dal _____ al _____

CHIEDE CHE GLI/LE VENGA RILASCIATO/A



- COPIA INDAGINI RADIOLOGICHE SU SUPPORTO CD/DVD
- COPIA INDAGINI RADIOLOGICHE SU PELLICOLA

FIRMA

Bari, _____

Ritiro in data _____ dal Sig./Sig.ra _____

Documento Identità n° _____ Rilasciato da _____

In caso di spedizione indirizzare a _____