



Ufficio Copia Cartelle Cliniche
e-mail: archivioud@asufc.sanita.fvg.it

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA/DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il richiedente interessato genitore tutore erede altro _____

(Cognome e nome) _____

Nato/a il _____ a _____ Telefono _____

chiede copia della Cartella Clinica di

Sé stesso

(Cognome e nome) _____

Nato/a il _____ a _____

Relativa ai ricoveri sotto elencati:

Reparto _____ dal _____ al _____

Reparto _____ dal _____ al _____

Reparto _____ dal _____ al _____

Reparto _____ dal _____ al _____

Documentazione sanitaria di

Sé stesso

(Cognome e nome) _____

Nato/a il _____ a _____

Specificare tipologia (es. radiogrammi, referto visita, ecografia, TAC/RM ecc.) e data di esecuzione:

Delego alla domanda ed al ritiro il/la sig./ra (allegare fotocopia di documento d'identità)

(Cognome e nome) _____ Nato/a il _____

Chiedo la **spedizione con Posta Raccomandata**, con pagamento in contrassegno alla ricezione (costo complessivo definito in base al peso), liberando l'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale da ogni responsabilità in merito alla consegna e autorizzandola all'utilizzo dei dati personali (D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii.) **al seguente indirizzo:**

Via _____ N. civico _____ C.A.P. _____

Città _____ Prov. _____

Dichiara consapevolmente di accettare che il recapito dei referti clinici si effettui:

- secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale
- che la consegna, a mezzo Posta Raccomandata, avvenga anche a persona diversa dal destinatario presente all'indirizzo indicato (familiare, convivente, ecc.).

Data _____ **Firma del richiedente** _____

Allegati alla presente richiesta

Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente

Fotocopia del documento di riconoscimento del/la delegato/a

Autocertificazione o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà