



**Ufficio Copia Cartelle Cliniche**  
Fax: 0432 552992 – e-mail: [archivioud@asufc.sanita.fvg.it](mailto: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