



**Ufficio cartelle cliniche - Archivio**

Tel. n. 0432 553331 – FAX n. 0432 553110 - e-mail: [archivio.gervasutta@asufc.sanita.fvg.it](mailto:archivio.gervasutta@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 \_\_\_\_\_

**Documentazione sanitaria di**

- Sé stesso  
 (Cognome e nome) \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Specificare tipologia (es. Radiogrammi, ecografie) e data esecuzione

\_\_\_\_\_

**Delego alla domanda ed al ritiro il/la sig./ra** (allegare fotocopia di documento di 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 :**

- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente
- Fotocopia del documento di riconoscimento del/la delegato/a
- Autocertificazione o dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà