

Ufficio cartelle cliniche - Archivio

Tel. n. 0432 553331 - FAX n. 0432 553110 - e-mail: dsqe@asu.fc.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, 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