Si richiede copia conforme della documentazione sanitaria relativa al ricovero del Sig./Sig.ra:

Cognome_____ **Nome** _____

Nato/a _____ il _____Tel.:_____

in qualità di: _____

Cognome_____ Nome _____

Nato/a _____ il _____Tel.:_____

BARRARE IL DOCUMENTO RICHIESTO

❒ **Fotocopia conforme cartella clinica:**

Reparto	Data entrata	Data uscita

❒ **Fotocopia esame istologico**

❒ **Riproduzione Esami Radiologici su CD** (specificare il periodo e gli esami che interessano)

_____

_____

MODALITA' E TEMPI DI CONSEGNA

❒ Entro 7 giorni lavorativi

❒ Entro 30 giorni lavorativi nel caso in cui siano richieste cartelle con esami istologici o parti integrative della documentazione

❒ **Ritiro allo sportello dell'Ufficio Accettazione** da parte dell'intestatario o da persona delegata.

❒ **A mezzo raccomandata con tassa a carico del destinatario** al seguente indirizzo:

*Nominativo*_____

Via _____

Cap _____ *Città*_____ *Prov*._____

ORARIO PER IL RITIRO

DAL LUNEDI AL VENERDI DALLE 08.00 ALLE 13.00

Data _____ **Firma del richiedente** _____

DELEGA

Il/La sottoscritto/a _____ ai sensi dell'art.10 della Legge 196/03 sulla "tutela delle persone e altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali", **DELEGA** il Sig. _____ nato a _____ il _____ al ritiro della copia della documentazione sanitaria richiesta munito di documento di riconoscimento proprio, delega firmata, documento di riconoscimento originale del delegante); in caso di intestatario defunto si richiede atto notorio.

Firma _____

PER RICEVUTA : DATA _____ **FIRMA** _____