



Azienda Ospedaliero-Universitaria

SERVIZI AMMINISTRATIVI
DI PRESIDIO

Inviare questo modulo insieme a fotocopia
documento identità e ricevuta acconto pagato a:
Email: cartellecliniche@meyer.it -- FAX 0555662740
Per informazioni Ufficio Cartelle Cliniche tel 0555662429

RICHIESTA COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il sottoscritto.....nato ail.....

Residente inCap.....Via.....n.....

Telefono..... E Mail.....

In qualità di (specificare: genitore, tutore, altro) titolare della **RESPONSABILITA GENITORIALE**.

CHIEDE, allegando l'attestazione del versamento di 10 € a titolo di acconto, N..... COPIE di:

CARTELLA CLINICA COPIA ESAMI RADIOGRAFICI su CD del

Esame istologico del.....(invio per mail) ELETTROENCEFALOGRAMMA del(copia su CD)

Referto non ritirato del Altro

Relativa alla persona di seguito indicata:

COGNOME.....NOME
LUOGO e DATA DI NASCITA.....

Ricoverato nei seguenti periodi (per facilitare la ricerca si prega di fornire notizie precise sul ricovero):

Dal	Al	Reparto	Altri dati (eventuali): nome del Primario/ Medico del Reparto – Motivo del ricovero

La suddetta documentazione:

dovrà essere spedita in contrassegno all'indirizzo sopra indicato (con 8 € di spese postali a carico)

verrà ritirata personalmente dall'interessato, dai genitori e/o tutori in caso di minore o da persona delegata

DELEGA (n.b. al ritiro presentare documento del delegante e del delegato)

Ai sensi D.Lgs. 196/2003 (Privacy) il sottoscritto delega al ritiro della documentazione suddetta il

Sig.

Attenzione: Costo della Cartella Clinica da 10 a 30 €- costo dei Controtipi 10 €a lastra (alcuni esami sono composti da numerose lastre) – costo CD 10 € ciascuno.

Data..... Firma.....

RISERVATO ALL'UFFICIO: ESTREMI DEL DOCUMENTO DEL RICHIEDENTE
.....
L'Operatore Addetto..... (unire alla presente il versamento di 10 €)

CONSEGNA: Residuo da pagare..... **DATA RITIRO**.....

Documento di chi ritira **FIRMA** di chi ritira Sigla Operatore.....