

## RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

REP. \_\_\_\_\_ Data ricovero \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
 NATO A \_\_\_\_\_ PROV. ( \_\_\_\_\_ ) IL \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 DOCUMENTO (In corso di validità) \_\_\_\_\_  
 TEL. \_\_\_\_\_

### IN QUALITÀ DI:

TITOLARE GENITORE ESERCENTE PATRIA POTESTÀ TUTORE AMMINISTRATORE EREDE

**RICHIEDE COPIA DI CARTELLA CLINICA DI RICOVERO ORDINARIO/DAY SURGERY € 45,00**

CON RITIRO PRESSO L'OSPEDALE CON SPEDIZIONE (€ 10,00 costo di spedizione)

**CARTELLA CLINICA AMBULATORIALE (APA)/PRONTO SOCCORSO: € 35,00**

CON RITIRO PRESSO L'OSPEDALE CON SPEDIZIONE (€ 10,00 costo di spedizione)

DATA ACCESSO DI PRONTO SOCCORSO o INTERVENTO AMBULATORIALE (APA) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

### DELEGA PER RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

IL SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_ NATO A \_\_\_\_\_  
 PROV. ( \_\_\_\_\_ ) IL \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ RESIDENTE A \_\_\_\_\_  
 VIA \_\_\_\_\_ NR. \_\_\_\_\_  
**COME DA COPIA ALLEGATA DI DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA' IN QUALITA' DI INTESTATARIO DELLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA:**  
**DELEGO:**  
 IL SIGNOR/ LA SIGNORA \_\_\_\_\_ AL RITIRO DELLA MIA DOCUMENTAZIONE  
 SANITARIA GIUSTA COPIA DEL DI LEI/LUI ALLEGATO DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITÀ.  
 DOCUMENTO \_\_\_\_\_  
 DATA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ FIRMA DELEGANTE \_\_\_\_\_

### COMPILARE IN CASO DI SPEDIZIONE POSTALE

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
 LUOGO \_\_\_\_\_ COMUNE ( \_\_\_\_\_ )  
 VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ NR. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

**ORARIO APERTURA AL PUBBLICO**

LUN/VEN 9.00-13.00 - SAB 9.00-12.00

**RECAPITI UFFICIO RICOVERI EMAIL:**

ricoveri-scn@gvmnet.it - Tel. 0639976248