



**RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (REP. \_\_\_\_\_ C/C \_\_\_\_\_)**

INTESTATARIO:

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ PROV. (\_\_\_\_) IL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DOCUMENTO (In corso di validità) \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

**IN QUALITA' DI:**

GENITORE ESERCENTE PATRIA POTESTA'  TUTORE  AMMINISTRATORE  EREDE

**SI RICHIEDE COPIA DI:**

**CARTELLA CLINICA**

CON RITIRO PRESSO L'OSPEDALE €25.00  CON SPEDIZIONE €35.00  CON INVIO TELEMATICO €25.00

**CARTELLA AMBULATORIALE (APA)**

CON RITIRO PRESSO L'OSPEDALE €15.00  CON SPEDIZIONE €25.00  CON INVIO TELEMATICO €15.00

**REFERTO DI PRONTO SOCCORSO**

**CARTELLA AMBULATORIALE**

CON RITIRO PRESSO L'OSPEDALE €10.00  CON SPEDIZIONE €20.00  CON INVIO TELEMATICO €10.00

DATA ACCESSO DI PRONTO SOCCORSO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DATA 1° VISITA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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 VALIDITA'.

DOCUMENTO \_\_\_\_\_

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

**COMPILARE IN CASO DI INVIO TELEMATICO**

AUTORIZZO LA STRUTTURA AD INVIARE ATTRAVERSO LA PIATTAFORMA DIGITALE SANITBOOK LA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA.

AUTORIZZO AL TRATTAMENTO DEI DATI IN FORMATO DIGITALE PER LE FINALITA' LEGATE ALL'INVIO AI SENSI DEL D.LGS 196/2003

E-MAIL DI ISCRIZIONE ALLA PIATTAFORMA SANITBOOK \_\_\_\_\_

**COMPILARE IN CASO DI SPEDIZIONE POSTALE**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ LUOGO \_\_\_\_\_ COMUNE (\_\_\_\_)

VIA \_\_\_\_\_ NR. \_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_

(ORARIO APERTURA AL PUBBLICO)

LUN/VEN 7.30 - 14.30 SABATO 7.30/11.30

RECAPITI UFFICIO RICOVERI

EMAIL: [ricoveri-scn@gvmnet.it](mailto:ricoveri-scn@gvmnet.it) - Tel. 0639976424 - Fax. 0639976383