

UFFICIO COPIA CARTELLE CLINICHE

Ospedale di SPILIMBERGO

Tel. n. 0434 841206-208

URL: https://asfo.sanita.fvg.it/it/servizi/riciesta_documentazione_sanitaria.html

E-MAIL: asfo.protgen@certsanita.fvg.it

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA/DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Anche con finalità di autocertificazione e/o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ex artt. 46 e 47 DPR n.445/2000

Il sottoscritto/a _____ (cognome nome)

Nato/a a _____ il _____

Documento di identificazione: Tipo _____ N° _____ Scadenza _____

Emesso da _____ Telefono _____

E-mail _____ vedi allegato _____

DICHIARA DI ESSERE (barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste)

diretto interessato

il genitore (con la patria potestà)

del/la minore _____ (cognome nome)

Nato/a a _____ il _____

l'erede

Del/la sig./ra _____ (cognome nome)

Nato/a _____ il _____ deceduto/a il _____

CHIEDE PER USO

Amministrativo · Legale · Sanitario · Assicurativo · Altro (specificare) _____

IL RILASCIO DI

Copia della/e cartella/e cliniche dei ricoveri sotto elencati

Reparto _____ dal _____ al _____

Reparto _____ dal _____ al _____

Reparto _____ dal _____ al _____

S.C. Direzione Medica Ospedaliera
P.O. San Vito al Tagliamento – Spilimbergo

- Copia della seguente documentazione sanitaria (es. Verbale di PS, referto visita specialistica, referto indagine diagnostica)**

Solo immagini radiologiche su CD: da richiedere a qualunque sportello radiologico ASFO dal lunedì al venerdì dalle ore 08.00 alle ore 14.00

Da ritirare dopo 3 gg lavorativi presso la segreteria di richiesta dalle ore 08.00 alle ore 14.00

SCELGO DI (barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste)

- ritirare la copia di persona
 delegare al ritiro della copia

Il/la sig./ra _____ **(cognome e nome) nato/a il** _____

Documento di identificazione: Tipo _____ N° _____

Scadenza _____ Emesso da _____

Ricevere la copia per posta, con spese a mio carico, indirizzata a:

Via _____ n° civico _____ C.A.P. _____

Città _____ Prov. _____

ALLEGRO

- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente
 Fotocopia del documento di riconoscimento del/la delegato/a

Data _____

(firma del richiedente)

Ritiro previsto il _____ (spazio riservato all'Azienda)

Data del ritiro _____ **Firma** _____