

All'Azienda sanitaria Friuli Occidentale

*(selezionare il Servizio competente)*

Direzione Medica Ospedaliera Pordenone *(tel. 0434 399604)*

Direzione Medica Ospedaliera San Vito *(tel. 0434-841206-208) – Spilimbergo (tel. 0427-595631)*

Struttura territoriale AsFO competente \_\_\_\_\_

asfo.protgen@certsanita.fvg.it (per invii da PEC)

protocollo.gen@asfo.sanita.fvg.it (per invii da e-mail)

### **RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA / DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

anche con finalità di autocertificazione e/o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà  
ex artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

n. telefono *(a cui essere contattati per informazioni/chiarimenti in merito alla presente richiesta)* \_\_\_\_\_

per sé

oppure in qualità di:

tutore

curatore

amministratore di sostegno

esercente la responsabilità genitoriale

erede

procuratore legale

di \_\_\_\_\_ *(nome e cognome)* nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni previste per le false dichiarazioni,

**CHIEDE**

per uso:

legale

amministrativo

sanitario

assicurativo

altro \_\_\_\_\_ *(specificare)*

copia

della/e cartella/e clinica/he dei ricoveri sotto elencati:

reparto \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
reparto \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
reparto \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
reparto \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
reparto \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
reparto \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

della documentazione sanitaria sotto indicata (es. verbale di pronto soccorso, referto di visita specialistica, referto di indagine diagnostica, ecc.):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Chiede, altresì, che la documentazione richiesta sia:

messa a disposizione per il ritiro da parte del/la sottoscritto/a

messa a disposizione per il ritiro da parte del/la seguente delegato/a:

\_\_\_\_\_ (nome e cognome) nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

documento di identificazione tipo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

scadenza \_\_\_\_\_ emesso da \_\_\_\_\_

spedita via posta raccomandata A/R al seguente indirizzo (se diverso da quello di residenza):

spedita via PEC al seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (luogo), \_\_\_\_\_ (data)

\_\_\_\_\_  
(firma del richiedente)

Si allega:

fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente

fotocopia del documento di riconoscimento del/la delegato/a

---

Sezione dedicata all'Amministrazione

Ritiro previsto il \_\_\_\_\_

Data del ritiro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma del soggetto che ritira)