

UFFICIO COPIA CARTELLE CLINICHE Presidio Ospedaliero di San Vito al Tagliamento

Tel. n. 0434 841206-208

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

MAIL protocollo.gen@asfo.sanita.fvg.it

PEC: 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 _____

il tutore

il curatore

l'amministratore di sostegno

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

Nato/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 _____

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.** _____

ALLEGO

Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente

Fotocopia del documento di riconoscimento del/la delegato/a

Data _____

(firma del richiedente)

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

**Ritiro presso lo sportello Copia Cartella clinica dal lunedì al venerdì dalle 08:00 alle 15:30,
chiuso sabato , domenica e festivi**

Data del ritiro _____ *Firma* _____