

UFFICIO COPIA CARTELLE CLINICHE Presidio Ospedaliero di Pordenone

Tel. n. 0434 399604

URL: https://asfo.sanita.fvg.it/it/servizi/riciesta_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 _____

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 a _____ il _____

l'erede

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

Nato/a 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 _____

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

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, all'indirizzo

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 _____