

**UFFICIO COPIA CARTELLE CLINICHE Presidio Ospedaliero di Spilimbergo**

Tel. n. 0427 595631

URL: [https://asfo.sanita.fvg.it/it/servizi/richiesta\\_documentazione\\_sanitaria.html](https://asfo.sanita.fvg.it/it/servizi/richiesta_documentazione_sanitaria.html)

MAIL: [protocollo.gen@asfo.sanita.fvg.it](mailto:protocollo.gen@asfo.sanita.fvg.it)

PEC: [asfo.protgen@certsanita.fvg.it](mailto: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 \_\_\_\_\_

**Perede**

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 \_\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

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** \_\_\_\_\_