

Il/La sottoscritto/a

in qualità di:

- paziente
 persona delegata o avente diritto

Nato/a il

a

Provincia

Recapito telefonico del richiedente per eventuali comunicazioni da parte dell'Azienda

Chiede il rilascio di n. _____ copia/e conforme/i della

propria documentazione

documentazione del paziente:

nome cognome

nato/a il

della seguente documentazione:

Contrassegnare la voce prescelta

**Ritiro presso
l'ospedale**

Spedizione a domicilio*

Verbale di Pronto soccorso (accesso in data _____)

- prima copia gratuita
 copie successive (€ 2.00)

- prima copia (€ 8.00)
 copie successive (€ 10.00)

Cartella clinica di Pronto soccorso (accesso in data _____)

- prima copia gratuita
 copie successive (€ 7.00)

- prima copia (€ 8.00)
 copie successive (€ 15.00)

Cartella clinica di ricovero ordinario (data ricovero _____)

presso il reparto di _____

- prima copia gratuita
 copie successive (€ 12.00)

- prima copia (€ 8.00)
 copie successive (€ 20.00)

Cartella clinica di ricovero Day Hospital / Day Surgery (data ricovero _____)

presso il reparto di _____

- prima copia gratuita
 copie successive (€ 12.00)

- prima copia (€ 8.00)
 copie successive (€ 20.00)

Nota bene

La documentazione relativa agli accessi in Pronto soccorso è contenuta nella cartella clinica di ricovero ordinario. Le richieste di prestazioni ambulatoriali (comprese APA e PAC) devono essere effettuate all'ambulatorio contestualmente all'erogazione della prestazione.

I tempi di consegna potrebbero essere prolungati in caso di spedizione e dimissione protetta.

***Attenzione specificare l'indirizzo al quale deve essere inviata la copia della documentazione sanitaria**

Nome _____ Cognome _____

Via/Piazza _____ n. _____ CAP _____

Città _____ Provincia _____

Data _____

Firma del richiedente _____