

Il/la sottoscritto/a	in qualità di: <input type="checkbox"/> paziente <input type="checkbox"/> persona delegata o avente diritto
----------------------	--

Nato/a il	a	prov. di
-----------	---	----------

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
--------------	-----------

A 30 giorni dalla richiesta

Ai sensi della Legge 24/2017 → **Si precisa che la documentazione rilasciata è quella disponibile e pertanto potrebbe essere incompleta.**

**NB.** L'osservanza dei tempi indicati **non è garantita** in caso di spedizione e dimissione protetta.  
I tempi di consegna dipendono da quando la cartella è disponibile in archivio.

**relativa a:**

- Verbale di Pronto Soccorso effettuato in data.....
- Cartella clinica ricovero in Pronto Soccorso effettuato in data.....
- Cartella clinica ricovero ordinario effettuato in data .....  
presso il reparto di.....
- Cartella clinica ricovero Day Hospital/Day Surgery effettuato in data .....  
presso il reparto di.....

Segnare con una x la voce prescelta	
Ritiro presso l'ospedale	Invio a *domicilio
<input type="checkbox"/> € 2.00	<input type="checkbox"/> € 10.00
<input type="checkbox"/> € 7.00	<input type="checkbox"/> € 15.00
<input type="checkbox"/> € 12.00	<input type="checkbox"/> € 20.00
<input type="checkbox"/> € 12.00	<input type="checkbox"/> € 20.00

**La documentazione di ricovero 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.*

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

Nome ..... Cognome .....

Via..... N°..... CAP.....

Città ..... Provincia.....

Data.....

Firma del richiedente.....