

Modulo Richiesta Cartella Clinica

Alla Direzione Amministrativa Presidi Ospedalieri ASL CN2 : **aslcn2@legalmail.it**

Cognome:		Nome:		
Nato il :		A :		
Residente in :		Indirizzo:		
Recapito telefonico:				
Cartella Clinica di Ricovero	Data inizio:		Data fine:	
Reparto Ricovero:		Ospedale:		
Cartella Episodio di Pronto soccorso	Data inizio:	Ospedale:		
Indirizzo Spedizione Copia Cartella a indirizzo diverso dalla residenza:				
Riferimenti delegato alla richiesta copia cartella:				
Allegati: Fotocopia ricevuta pagamento <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				
Fotocopia Documento Identità intestatario cartella			<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Fotocopia Documento Identità delegato richiesta cartella			<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Fotocopia delega			<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no

Firma intestatario Cartella o Delegato: _____

Timbro e Firma Operatore: _____

Data: _____