



RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/la sottoscritto/a

Nato a Il.....

Documento di riconoscimento n. rilasciato da

CHIEDE IL RILASCIO DI

Copia della cartella clinica relativi al ricovero presso il reparto di

Dal al.....

Copia certificato di

Esami di

Altro

Chiede di inviare la documentazione al seguente indirizzo:

.....

.....

DELEGA Il/la signore/a

Documento di riconoscimento n. rilasciato da

A ritirare per suo conto:

Allegati **Visionati** Presa visione di:

Documento **Fotocopia del documento del richiedente**

(necessaria in caso di richiesta inoltrata a mezzo posta o da altra persona).

Documento **Fotocopia del documento del delegato al ritiro**

Data Firma del richiedente

Data Firma del delegato/a

Autocertificazione: il sottoscritto, consapevole delle conseguenze dichiara che lo stato personale sopra riportato corrisponde a verità

N.B. Trattandosi di dati riservati e sensibili, per rispetto della normativa sulla privacy, è indispensabile, al momento del ritiro, esibire un documento di riconoscimento

Spazio riservato all'ufficio per la richiesta / consegna di:

CARTELLA CLINICA N.

COPIA CERTIFICATI RITIRO ESAMI ALTRO

DATA RITIRO



RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

ESAME DA RITIRARE	RITIRO REFERTO
<ul style="list-style-type: none"> ■ ESAMI DI RADIOLOGIA-TAC-R.M. ■ ESAMI ISTOLOGICI DI ENDOSCOPIA/ISTEROSCOPIA 	<ul style="list-style-type: none"> ■ CUP (Piano Terra "Ala Sud") dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 18.00 Il sabato dalle ore 8.00 alle ore 11.00
<ul style="list-style-type: none"> ■ ESAMI ISTOLOGICI (prelievi effettuati presso <u>U.O. Chirurgia Generale</u>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Segreteria Chirurgia (2° Piano "Ala Sud") dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 19.00
<ul style="list-style-type: none"> ■ PAP TEST 	<ul style="list-style-type: none"> • Segreteria Poliambulatori (1° Piano "Ala Sud") dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 17.00
<ul style="list-style-type: none"> ■ ESAMI DI LABORATORIO 	<ul style="list-style-type: none"> • Segreteria Laboratorio (1° Piano "Ala Nord") dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 17.00 <p><u>Per i NON ESENTI i referti dei seguenti esami: TSH (reflex), PSA (reflex), MICROBIOLOGIA si ritirano contestualmente al pagamento dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 13.00</u></p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ ECG, HOLTER DINAMICO, HOLTER PRESSORIO ■ ESAMI ISTOLOGICI (prelievi effettuati presso <u>Poliambulatorio di Chirurgia Ricostruttiva, Ala Nord</u>). Il ritiro può avvenire solo <u>successivamente alla data di ritiro indicata nel modulo</u>, per sicurezza chiamare al numero dedicato ai Poliambulatori (Tel. 0422 4281 digitando 2 per i Poliambulatori) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Segreteria Poliambulatori (Piano Terra "Ala Nord") dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 18.00

Da compilare in caso di ritiro REFERTI per conto di assistiti minorenni/interdetti

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ e
residente a _____ Via _____ n. _____, consapevole ed a conoscenza di quanto previsto
dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 sulle responsabilità penali cui può andare incontro chi rilascia false dichiarazioni

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- di essere genitore esercitante la potestà
- di essere tutore
- di avere l'affidamento

di _____ nato/a il _____

a _____

(data) ____/____/____

Firma leggibile