



RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

del _____
n° richiesta (a cura dell'archivio clinico) _____

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____
Telefono _____

chiede copia della propria cartella clinica della cartella clinica del sig./sig.ra

Cognome e Nome _____ nato a _____ il _____
residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____

In qualità di: genitore del minore tutore delegato dall'interessato erede

Documento di identità del richiedente n. _____

Data _____ Firma _____

SEDE E DATA DEL RICOVERO

Ricoverato presso l'Ospedale di: Castelfiorentino Empoli Fucecchio San Miniato
Reparto _____ dal _____ al _____ **N. pratica** _____
Reparto _____ dal _____ al _____ **N. pratica** _____
Reparto _____ dal _____ al _____ **N. pratica** _____
Reparto _____ dal _____ al _____ **N. pratica** _____

SEDE DI CONSEGNA: URP

	FUCECCHIO	<input type="checkbox"/> Ospedale San Pietro Igneo P.zza S. Lavagnini
EMPOLI	<input type="checkbox"/> Ospedale S. Giuseppe Viale Boccaccio Piano Terra – Sportello 8	CASTELFIORENTINO <input type="checkbox"/> Ospedale S. Verdiana Viale dei Mille
	SAN MINIATO	<input type="checkbox"/> Ospedale degli Infermi Piazza XX Settembre

Orario: lunedì – venerdì ore 07,30-19,30 sabato ore 07,30 -13,00

Invio a domicilio del titolare della cartella con pagamento in contrassegno sollevando l'Azienda Usi da qualsiasi responsabilità legata alla modalità di invio tramite posta ed al rispetto della normativa privacy.

Firma del richiedente _____

RITIRO

La cartella sarà disponibile dal _____ **Firma dell'operatore** _____

ATTESTAZIONE DI AVVENUTA CONSEGNA

Copia rilasciata dall'archivio il _____ L'operatore _____

Per ricevuta: Firma dell'utente _____ data del ritiro _____