



PRESIDIO OSPEDALIERO "S.LUCA"
Via F.Cammarota - 84078 Vallo della Lucania
DIREZIONE SANITARIA – UFFICIO ARCHIVIO
Tel.0974/711227 – Fax 0974/711924

Vallo della Lucania _____

Al Direttore Sanitario
Presidio Ospedaliero " San Luca "
Vallo della Lucania (SA)

Oggetto: Richiesta Copia documentazione clinica.

Il/La sottoscritta _____ nato/a a _____

Il _____ residente in _____

Alla Via _____

CHIEDE

Alla S.V. ill.ma il rilascio di :

* copia propria **cartella clinica** relativa al ricovero effettuato presso Codesto Ospedale il _____

n. Reg. Gen. _____

* copia **Triage senza ricovero** del _____

* **CHIEDO LA SPEDIZIONE IN CONTRASSEGNO**

nel contempo, avvalendosi della facoltà concessa dal DPR 445/2000.

DELEGA

Al ritiro il Sig. /ra _____

Sollevando l'Amministrazione dell'Ente da ogni eventuale responsabilità.

Prendo atto che per la copia della cartella clinica o Triage è prevista la somma di € 10.33
(indipendentemente dal numero di fogli di cui la stessa si compone)

IL RICHIEDENTE

N. B. In caso di richiesta o delega non sottoscritta davanti all'impiegato dell'Ufficio Archivio è necessario allegare copia/e del/i documento/i di riconoscimento del delegato e del delegante.

Io sottoscritto/a _____ dichiaro che mio /a _____ si trova in situazione di impedimento temporaneo per ragioni connesse al suo stato di salute.

Allego alla presente copia del documento di riconoscimento. (D.P.R. 445/2000 art. 4 comma 2)

Autorizzazione dati Personali
(Art. 10 Legge 31 Dicembre 1996 n° 675)

Firma

Pagine n° _____

A.S.L. SA
Ufficio Economato
Pagamento effettuato
Con fattura:
n° _____ del _____

Rilasciata il _____

Euro _____