

 Azienda USL 2 Lucca Servizio Sanitario della Toscana	Presidio Ospedaliero Valle del Serchio	<i>RICHIESTA CARTELLA CLINICA</i>	1 TP HV 02 CART.CLINICHE Rev. 1 19.11.2014
---	---	---	---

N. _____ /201__ del _____

Alla Direzione Medica Presidio Ospedaliero VdS

Richiesta Cartella Clinica del Sig. _____	
Nato il _____	tel. N. _____
Data del ricovero _____	Reparto _____
Data del ricovero _____	Reparto _____
Data del ricovero _____	Reparto _____
Data del ricovero _____	Reparto _____
Data del ricovero _____	Reparto _____
MOTIVO DELLA RICHIESTA _____	

Il sottoscritto _____ nato a _____	
Il _____ residente a _____ Via _____ chiede il	
rilascio delle copie autenticate delle cartelle cliniche sopra indicate avendo diritto al rilascio in	
quanto:	
☐ Titolare delle cartelle cliniche suddette.	
☐ Genitore (o tutore) del minore titolare delle cartelle cliniche suddette.	
☐ Erede del defunto titolare delle cartelle cliniche suddette.	
Castelnuovo G./Barga, _____	Firma del Richiedente
Allegare copia documento identità _____	

COMPILARE SOLO SE IL RITIRO VIENE EFFETTUATO DA PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE	
Il sottoscritto _____ delega al ritiro dei documenti di	
cui sopra il Sig. _____	
Castelnuovo G./Barga _____	Firma del Richiedente

RISERVATO ALL'UFFICIO Numeri nosologici : _____	
Ricevuta rimborso n. _____ del _____	
Vista la richiesta e gli eventuali allegati si autorizza il rilascio della documentazione di cui sopra.	
Castelnuovo G./Barga _____	Direzione Medica Pres. Osp. VdS
Data ritiro _____	_____
Firma per il ritiro _____	Documento n. _____

 Azienda USL 2 Lucca Servizio Sanitario della Toscana	Presidio Ospedaliero Valle del Serchio	<i>RICHIESTA CARTELLA CLINICA</i>	2 TP HV 02 CART.CLINICHE Rev. 1 19.11.2014
---	---	---	--

Il/La sottoscritto/a avente diritto al rilascio chiede che la documentazione richiesta venga inviata al seguente indirizzo:

Indirizzo _____

Via _____

C.A.P. _____ CITTA' _____ PROV. _____

UFFICIO POSTALE DI _____ (___)

DATA _____

Firma