



Ospedale Luigi Sacco

AZIENDA OSPEDALIERA – POLO UNIVERSITARIO

DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO

Tel. 02.3904.3534.3535.3539 – Fax 02.3904.3533

UFFICIO CARTELLE CLINICHE

Orario: 9.30-12.00/14.00-15.00

tel. 02.3904.2837 - fax 02.3904.3140

All'Ufficio Cartelle Cliniche

Fax 02.3904.3140

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente a _____ via _____

Tel. _____

chiede

in qualità di diretto interessato, il rilascio della seguente documentazione sanitaria:

- COPIA DELLA CARTELLA CLINICA (RICOVERO) del _____ U.O. _____
- COPIA DELLA CARTELLA CLINICA (DAY HOSPITAL) del _____ U.O. _____
- COPIA DELLA CARTELLA AMBULATORIALE del _____ U.O. _____
- COPIA DEL VERBALE DI PRONTO SOCCORSO del _____

Data _____

FIRMA _____

ALLEGARE COPIA DEL CERTIFICATO D'IDENTITA' DEL RICHIEDENTE

N.B. La consegna di quanto sopra richiesto sarà effettuata solo dietro presentazione di regolare documento d'identità. In caso di delega compilare il modulo "delega" presente sul sito.

CHIEDO LA SPEDIZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE AL SEGUENTE INDIRIZZO CON PAGAMENTO IN CONTRASSEGNO _____

I dati contenuti in questo documento sono strumentali all'attività sanitaria e amministrativa, sono utilizzati per compiere specifici obblighi previsti da normative, avranno trattamento in conformità a quanto prescrivono la legge sul trattamento dei dati personali e le disposizioni attuative della medesima legge. **(D.Lgs 196/2003)**

N.B.

Il presente modulo dev'essere utilizzato esclusivamente per le richieste effettuate via fax.

Il pagamento potrà essere effettuato in contrassegno (in caso di spedizione) o direttamente presso l'Ufficio Ricoveri (lunedì – venerdì: 8.00-16.00) prima del ritiro della documentazione presso l'Ufficio Consegna Referti.