

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 _____

SEDE DI CONSEGNA: sportello amministrativo

FUCECCHIO

Ospedale San Pietro Igneo
P.zza S. Lavagnini

EMPOLI Ospedale San Giuseppe
Viale Boccaccio
Piano Terra – Sportello

CASTELFIORENTINO

Presidio S. Verdiana
Viale dei Mille

SAN MINIATO

Ospedale degl' Infermi
Piazza XX Settembre

Orari:

Empoli lun – ven ore 07.30-18.45 sab 07.30 - 12.45

Fucecchio lun-ven 07.30 – 18.45 sab 07.30 - 12.45

Castelfiorentino lun-ven 9.30 - 16.45 sab 9.30 - 12.45

San Miniato lun-ven 07.30 - 18.45 sab 07.30 - 12.45

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 _____