



# AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA

Ospedale "S. Carlo" di Potenza

Ospedale "S. Francesco di Paola" di Pescopagano

Via Potito Petrone – 85100 Potenza - Tel. 0971 - 61 11 11

Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

## **Alla Direzione Sanitaria** **Ufficio Archivio cartelle cliniche**

\_l\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ documento di riconoscimento \_\_\_\_\_  
(a cura dell'Ufficio)

in qualità di titolare della documentazione clinica per la quale viene inoltrata istanza:

**a)** chiede il rilascio di copia conforme della cartella clinica relativa al ricovero avvenuto presso il reparto di:

\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ n. copie \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ n. copie \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ n. copie \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ n. copie \_\_\_\_\_

**b)** chiede il rilascio di copia conforme della documentazione clinica di Pronto Soccorso relativa all'accesso del giorno: \_\_\_\_\_ n. copie \_\_\_\_\_

**c)** chiede la riproduzione dei sottoelencati esami radiografici:

\_\_\_\_\_ (ricovero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ )

\_\_\_\_\_ (ricovero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ )

\_\_\_\_\_ (Pronto Soccorso del \_\_\_\_\_ )

\_\_\_\_\_ (Pronto Soccorso del \_\_\_\_\_ )

La documentazione clinica verrà:

ritirata personalmente dal\_\_ sottoscritt\_;

spedita, a mezzo contrassegno con spese a carico del destinatario, all'indirizzo di residenza del\_\_ sottoscritt\_;

richiesta e rilasciata al\_\_ Sig.\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

espressamente delegat\_ e munit\_ di copia fronte retro del documento di riconoscimento in corso di validità del\_\_ sottoscritt\_.

IL DICHIARANTE

Potenza, lì \_\_\_\_\_

Data consegna \_\_\_\_\_ Firma per ricevuta \_\_\_\_\_

Firma del dipendente \_\_\_\_\_