

Richiesta copia conforme CARTELLA CLINICA

RICOVERO: CARTELLA CLINICA
 CD (radiografie)

Vercelli,

AL DIRETTORE
S.C. DIREZIONE MEDICA
AZIENDA SANITARIA LOCALE VC
13100 VERCELLI

Il sottoscritto _____ nato il _____

Ricoverato presso il Reparto _____

Dal _____ al _____

Ricoverato presso il Reparto _____

Dal _____ al _____

Presidio ospedaliero: **Vercelli** **Borgosesia**

Recapito telefonico: _____

Chiede che venga rilasciata copia conforme all'originale di quanto sopra relativa al ricovero sopra indicato.

RICHIEDENTE:

L'interessato (se maggiorenne)

L'affidatario (se minorenni o incapace) (vedi allegato) Padre

Madre

Tutore

L'erede con assenso degli altri eredi (ove esistano)
 (vedi allegato atto sostitutivo Atto Notorio o autocertificazione):

Cognome e nome _____

Grado di parentela _____

Motivazione richiesta _____



Firma del richiedente _____

Documento _____

rilasciato dal Comune di _____

IN CASO DI IMPOSSIBILITA' DELL'INTERESSATO AL RITIRO:

Delego al ritiro il Sig. _____

Documento d'identita': _____

n° _____ rilasciato dal Comune di _____

Firma del delegante _____

Firma del delegato _____

Si richiede spedizione al seguente indirizzo (pagamento contrassegno):

Sig./a _____

Via / Piazza _____

Citta' _____ cap. _____ Prov. _____

N.B. IL COSTO DELLA CARTELLA È DI 10 CENTESIMI A FOGLIO (COSTO DELLE FOTOCOPIE)
IL COSTO DEL CD È DI 1 € A CD

Stesura:	Verifica:	Autorizzazione:	Emissione:
P.Somaglino- Amm.vo Direzione Medica- Ottobre 2017	Dr.ssa T.Ferraris-Direttore ff Direzione Medica-Ottobre 2017	Dr.ssa T.Ferraris-Direttore ff Direzione Medica- Ottobre 2017	Dr.ssa T.Ferraris-Direttore ff Direzione Medica- Ottobre 2017