

DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO SEDE DI

- 25040 - ESINE – Tel. 0364.369.277 - FAX 0364.369.730

- 25048 - EDOLO – Tel. 0364.772.541 – FAX 0364.772.540

RICHIESTA URGENTE

CARTELLA CLINICA PERVENUTA DA UO IN DATA _____

DATI UTENTE

Fotocopia CARTELLA CLINICA TOTALE copie N. _____

VERBALE DI PS TOTALE copie N. _____

ALTRA Documentazione Sanitaria - tipologia _____ TOTALE copie N. _____

Sig. _____ tel. _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

Documento d'identità N. _____

Nome del genitore, in caso di minore _____

Reparto _____ dal _____ al _____

Reparto _____ dal _____ al _____

Reparto _____ dal _____ al _____

Reparto _____ dal _____ al _____

DATA _____

AUTORIZZO LA SPEDIZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Firma Richiedente

Firma Interessato

DATA E FIRMA RUO (per presa visione documentazione) _____

SPAZIO PER DELEGHE

Delego il Sig. _____

Documento d'identità N. _____

al ritiro della documentazione sanitaria

liberando con ciò la Direzione Medica di Presidio da ogni responsabilità

Firma Delegato _____

(si allega delega in originale)

Data, _____ Firma Operatore (che compila il modulo) _____

Data, _____

DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO

IL DIRETTORE