



Ospedale
di Cremona

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia
ASST Cremona

RICHIESTA DI COPIA DI CARTELLA CLINICA

Cremona, lì _____

Spett.le
Direzione Medica
Ospedale di Cremona
Largo Priori 1
26100 CREMONA

Fax: 0372 405 620 e-mail: ufficio.referti.cup@asst-cremona.it

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____
nato/a a _____ il _____
residente in _____ via _____ n. _____ CAP _____
tel. _____ cell. _____ fax _____,
identificato/a con il seguente documento d'identità _____

CHIEDO

il rilascio di copia della documentazione sanitaria sotto elencata intestata a:

Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ il _____ residente in _____
via _____ n. _____ CAP _____

CARTELLA CLINICA N.	DATA RICOVERO	REPARTO

MOTIVAZIONE (campo non obbligatorio)

--

RICHIESTA DI COPIA DI CARTELLA CLINICA

La richiesta ha carattere d'urgenza

SI'

NO

**Chiedo che la documentazione venga spedita a
mezzo raccomandata r.r.**

SI'

NO

Al seguente indirizzo: Cognome _____ Nome _____
via _____ n. _____ Comune _____
Prov. _____ CAP _____

FIRMA

ALLEGATI: *(barrare le caselle che interessano)*

- ☐ Documento di identità del richiedente (se richiesta inviata via fax o per posta)
- ☐ Atto di delega del titolare e fotocopia del documento d'identità dello stesso
- ☐ Dichiarazione sostitutiva di certificazione o di atto notorio che attesti la qualità di persona legittimata a richiedere i documenti per conto dell'intestatario
- ☐ Ricevuta di pagamento dei diritti di copia (bolla n. _____)
- ☐ Altro: _____

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

Data richiesta

Data prevista consegna

RICHIESTA DI COPIA DI CARTELLA CLINICA
