

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA / VERBALE PRONTO SOCCORSO

Intestatario della documentazione

Nome _____ Cognome _____
Nato a _____ Prov. _____ il _____ / _____ / _____
Residente a _____ Cap _____ Prov. _____
Via _____ n. _____ Tel. n. _____

Richiedente (compilare solo se persona diversa dall'intestatario)

Nome _____ Cognome _____
Nato a _____ Prov. _____ il _____ / _____ / _____
Residente a _____ Cap _____ Prov. _____
Via _____ n. _____ Tel. _____

Consapevole delle responsabilità previste dall'art.76 del DPR 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci

IN QUALITA' DI

- Genitore esercente la responsabilità genitoriale
- Tutore (allegare provvedimento di nomina da parte del Giudice tutelare del Tribunale)
- Curatore (allegare provvedimento di nomina da parte del Giudice tutelare del Tribunale)
- Amministratore di sostegno (allegare provvedimento di nomina da parte del Giudice tutelare del Tribunale)
- Erede (che agisce in nome e per conto degli altri coeredi) allegare dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà)

CHIEDE

- Copia Cartella Clinica
- Verbale Pronto Soccorso (N.B. per i codici Bianco e Verde la copia può essere rilasciata solo dopo aver pagato il ticket di P.S.)

Periodo di ricovero _____

Il tempo di consegna è di gg.30 dalla richiesta, purché siano trascorsi almeno gg. 20 dalla dimissione. La tariffa per la cartella clinica è di € 10,00; per il verbale di pronto soccorso è di € 5,00 (da versare contestualmente alla richiesta) presso l'Ufficio Ticket (POS o contanti) oppure presso lo sportello dell'Archivio Clinico (esclusivamente mediante POS) o con bonifico su IBAN IT6920306916206100000300041 intestato all'Azienda Ospedaliera di Cosenza, specificando la causale.

a) indirizzo intestatario b) indirizzo richiedente c) altro indirizzo _____

Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali), acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Luogo e data _____ Firma _____

Documento d'identità _____

Sede Via Migliori snc 87100 Cosenza – 0984/681234 – 0984/681368 - archivioclinico@aocs.it

N.B.: si prega di telefonare per informazioni dalle 8.30 alle 12.30.