



(spazio riservato all'Ufficio)

Prot. _____ consegna prevista _____

Procedura ordinaria urgente

note d'ufficio

Pagamento al ritiro

Documento

Delega

Spedizione Contrassegno



al DIRETTORE SANITARIO Presidio Ospedaliero di FERMO

OGGETTO: richiesta di copia conforme di documentazione clinica di :

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____

Residente _____ Prov (____) CAP _____

Via _____ nr _____ Tel _____

Il Sottoscritto _____ in qualita' di(1) _____

Titolare della documentazione clinica, richiede copia conforme della |e cartella|e clinica|he (o della prestazione di Pronto Soccorso) a lato indicate.

-Ritirero' personalmente la documentazione richiesta **si** **no**
(accettando la spedizione con spese a mio carico nel caso di mancato ritiro)

-autorizzo la spedizione al mio domicilio con spese **si** **no**
a mio carico

-Delego al ritiro il Sig. _____ **si** **no**
(a questo scopo allego copia del mio documento di identità)

Data _____

Firma _____ documento nr _____

Firma _____ documento nr _____
(delegato)

(1) : delegato, oppure genitore o esercente patria potestà(per minori),
erede, Tutore, medico curante

Dimissione _____

Gastroen _____

Card _____

Chir _____

Mal.Inf _____

Nefrol _____

Ocul _____

Day Surg _____

Ortop _____

Ost\Gin _____

Otorino _____

Odontost _____

Ped _____

Nido _____

Spdc _____

Urol _____

Ter Int _____

UTIC _____

Oncol _____

Medicina _____

Neurol _____

Med.d'Urg _____

Ref . PS _____