



RICEVUTA PER RITIRO COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

(da compilare a cura dell'ufficio cartelle cliniche)

In data ____/____/____ è stata richiesta la seguente documentazione sanitaria in
copie numero ____:

- CARTELLA CLINICA** **CARTELLA AMBULATORIALE** **CARTELLA SALA GESSI**
 REFERTO PRONTO SOCCORSO **PREPARATI ISTOLOGICI**

Intestatario documentazione _____

Modalità scelta per il ritiro:

- CON RITIRO PRESSO L'OSPEDALE**, la documentazione sarà pronta entro 30 gg dalla data della richiesta. La documentazione potrà essere ritirata presso l'Ufficio Cartelle Cliniche (scala B piano 0) dal lunedì al sabato dalle ore 07.30 alle ore 11.30.
La documentazione richiesta sarà consegnata all'intestatario della stessa o a suo delegato, provvisti di documento di riconoscimento, ricevuta di pagamento ed eventuale delega.
Data prevista per la consegna ____/____/____.

- CON SPEDIZIONE**, la documentazione sarà spedita, entro 30 gg dalla data della richiesta, a mezzo raccomandata A/R all'indirizzo indicato sulla domanda.

Per eventuali necessità è possibile contattare l'ufficio cartelle cliniche ai numeri 0639976424 oppure 0639976315 entrambe attivi dal lunedì al venerdì dalle ore 07.30 alle ore 14.30 e il sabato dalle ore 07.30 alle ore 11.30.

L'Ufficio cartelle cliniche

Roma, ____/____/____

DELEGA PER RITIRO DOCUMENTAZIONE SANITARIA

(da compilare a cura dell'intestatario della documentazione)

Il sottoscritto _____

nato a _____ Prov. _____ il ____/____/____

residente in Via _____ num. _____

CAP _____ Comune _____ Prov. _____

in qualità di intestatario della documentazione sanitaria richiesta, DELEGO al ritiro della documentazione sanitaria a me intestata il Signor _____ documento _____

Si allega copia documento delegante e delegato.

Data ____/____/____

Firma delegante _____