



REGIONE DEL VENETO
AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA
DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA
SERVIZIO CARTELLE CLINICHE E MICROFILM

MODULO RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA
(intestataro documentazione)

IL / LA SOTTOSCRITTO/A.....

NATO /A IL.....A.....PROV.....

RESIDENTE A.....CAP.....PROV.....

VIA.....N.....TEL.....

DELEGA (Compilare SOLO se si presenta un delegato allo sportello)

IL SIG./ LA SIG.RA

NATO /A IL.....A.....PROV.....

RESIDENTE A.....CAP.....PROV.....

VIA.....N.....TEL.....

A RICHIEDERE :

COPIA CARTELLA CLINICA DEL REPARTO.....dalal.....

CD esami radiologici effettuati (specificare quali).....

RITIRO ALLO SPORTELLO - (ATTENZIONE: PER IL RITIRO SERVE SPECIFICA DELEGA)

SPEDIRE A :

.....

FIRMA DEL DELEGANTE
(INTESTATARIO DOCUMENTAZIONE CLINICA)

.....

Allo sportello: La persona interessata si presenti con Documento ID – Il delegato deve essere munito di documento in originale , modulo di delega e fotocopia del documento di identità valido del paziente - **L'acconto sarà pagato presso le nostre casse.**

A mezzo fax : La richiesta può essere inviata al N. 049/821.3056 con allegata copia del documento IDENTITA' valido dell'interessato + copia del versamento di 15,00 euro (quindici) sul CCPostale N. 13030358 intestato a: A.O.P. prestazioni Ospedaliere-servizio tesoreria; nella causale: acconto cartella clinica. Oppure mediante IBAN : IT 69 C010 3012 1340 0000 1100 168

Per comunicazioni telefoniche chiamare il numero 049/8213055 dalle 08.30 alle 09.30 e dalle 14.00 alle 15.00.

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