


| | | |
|---|---|--|
|  A.O. S. Croce e Carle Cuneo | MOD_047 Richiesta copia Cartella Clinica | Data prima emissione: |
| | Correlato alla PG Gestione della Cartella Clinica e della Documentazione Sanitaria | Data ultima revisione: 30/01/2018 Revisione n. 03 |

Direzione Sanitaria di Presidio

| |
|---|
| Il/la sottoscritto/a Nome.....Cognome Nato/a a..... il.....Residente in Vian..... Cap.....Città.....Prov..... Telefono..... |
|---|

in qualità di: INTERESSATO

RICHIEDE

- o per indennizzo da danni trasfusionali e da vaccinazioni*
- o per altro uso*

copia Cartella Clinica relativa a:

ricovero nel reparto didal.....al.....
.....dal.....al.....

data.....

firma

ALLEGARE:

⇒ fotocopia documento di identità

Modalità di PRESENTAZIONE DEL MODULO:

- presso gli sportelli Accettazione e Cassa del PO “S.Croce” o del PO “A.Carle”;
- via fax al numero 0171/641064;
- tramite servizio postale al seguente indirizzo: *Accettazione e Cassa - Azienda Ospedaliera “S.Croce e Carle” via M. Coppino 26, 12100 – Cuneo;*
- tramite mail al seguente indirizzo ufficio.accettazione@ospedale.cuneo.it (il modulo compilato deve essere scannerizzato).

Modalità di RITIRO:

PRESSO LO SPORTELLO DELL’ACCOGLIENZA PO S. CROCE (Portineria Blocco Ambulatoriale Via Bassignano). **In caso di ritiro da parte di persona diversa dall’intestatario occorre presentare anche la delega e la fotocopia del documento di identità del delegato.**

SERVIZIO POSTALE in CONTRASSEGNO - specificare con una X se la spedizione deve essere effettuata presso:

- a) l’indirizzo intestatario
- b) altro indirizzo.....