

 A.O. S. Croce e Carle Cuneo	MOD_049 Richiesta copia Cartella Clinica del figlio minore	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

I sottoscritti, in qualità di:

PADRE: Nome Cognome.....
Nato/a ail.....Residente in Via.....n.....
Cap.....Città.....Prov.....Telefono.....

MADRE: NomeCognome.....
Nato/a ail.....Residente in Via.....n.....
Cap.....Città.....Prov.....Telefono.....

RICHIEDONO COPIA CARTELLA CLINICA DEL FIGLIO MINORENNE

Nome Cognome.....
Nato/a ail.....Residente in Via.....
n.....Cap.....Città.....Prov.....

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

relativa al/ai ricovero/i nel/nei reparto/i di:

-dal.....al.....
-dal.....al.....

Data.....

firma.....
firma

ALLEGARE

⇒ fotocopia documenti di identità dei genitori e del figlio minore.

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 SPORTELLLO DELL'ACCOGLIENZA PO S.CROCE (Portineria Blocco Ambulatoriale Via Bassignano).

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

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