


| | | |
|---|---|---|
|  A.O. S. Croce e Carle Cuneo | MOD_048 Richiesta copia Cartella Clinica del paziente deceduto | Data prima emissione: Data ultima revisione: 30/01/2018 Revisione n. 03 |
| | Correlato alla PG Gestione della Cartella Clinica e della Documentazione Sanitaria | |

Direzione Sanitaria di Presidio

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

in qualità di: **EREDE LEGITTIMO**

RICHIEDE

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

copia Cartella Clinica

del Sig.....nato il

ricoverato nel reparto didal.....al.....

deceduto il

data.....

firma

ALLEGARE:

⇒ fotocopia documento di identità del richiedente

⇒ **dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà**

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).

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

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