



RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/la sottoscritto/a

Nato a Il.....

Documento di riconoscimento n. rilasciato da

CHIEDE IL RILASCIO DI

Copia della cartella clinica relativi al ricovero presso il reparto di

Dal al.....

Copia certificato di

Esami di

Altro

Chiede di inviare la documentazione al seguente indirizzo:

.....

.....

DELEGA Il/la signore/a

Documento di riconoscimento n. rilasciato da

A ritirare per suo conto:

Allegati **Visionati** Presa visione di:

Documento **Fotocopia del documento del richiedente**

(necessaria in caso di richiesta inoltrata a mezzo posta o da altra persona).

Documento **Fotocopia del documento del delegato al ritiro**

Data Firma del richiedente

Data Firma del delegato/a

Autocertificazione: il sottoscritto, consapevole delle conseguenze dichiara che lo stato personale sopra riportato corrisponde a verità

N.B. Trattandosi di dati riservati e sensibili, per rispetto della normativa sulla privacy, è indispensabile, al momento del ritiro, esibire un documento di riconoscimento

Spazio riservato all'ufficio per la richiesta / consegna di:

CARTELLA CLINICA N.

COPIA CERTIFICATI RITIRO ESAMI ALTRO

DATA RITIRO



RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

ESAME DA RITIRARE	DOVE RITIRO IL REFERTO?
<input type="checkbox"/> ESAMI DI RADIOLOGIA-TAC-R.M.	<ul style="list-style-type: none"> • CUP (Piano Terra "Ala Sud") dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00. Il sabato dalle ore 9.00 alle ore 12.30
<input type="checkbox"/> ESAMI ISTOLOGICI DI ENDOSCOPIA/ISTEROSCOPIA	
<input type="checkbox"/> ESAMI ISTOLOGICI (prelievi effettuati presso U.O. Chirurgia Generale)	<ul style="list-style-type: none"> • Segreteria Chirurgia (2° Piano "Ala Sud") dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 19.00
<input type="checkbox"/> PAP TEST	<ul style="list-style-type: none"> • Segreteria Poliambulatori (1° Piano "Ala Sud") dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 17.00
<input type="checkbox"/> ESAMI DI LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none"> • Segreteria Laboratorio (1° Piano "Ala Nord") dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 15.00 • Per i NON ESENTI i referti dei seguenti esami: <u>TSH (reflex), PSA (reflex), MICROBIOLOGIA</u> si ritirano contestualmente al pagamento dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 13.00
<input type="checkbox"/> ECG HOLTER DINAMICO, HOLTER PRESSORIO <input type="checkbox"/> UROFLUSSOMETRIE <input type="checkbox"/> ESAMI ISTOLOGICI (prelievi effettuati presso il Poliambulatorio di Chirurgia Ricostruttiva, Ala Nord). Il ritiro può avvenire solo successivamente alla data di ritiro indicata nel modulo, per informazioni chiamare al centralino CUP (0422-4281)	<ul style="list-style-type: none"> • CUP (Piano Terra "Ala Sud") dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00 Il sabato dalle ore 9.00 alle ore 12.30 • Nei casi di positività dell'istologico e/o situazione particolari, il paziente verrà direttamente contattato dal Poliambulatorio.
QUANDO SARÁ PRONTO IL REFERTO?	
Tempistica di ritiro referti istologici: 30 giorni	Tempistica di ritiro altri referti: min 8 giorni

Da compilare in caso di ritiro REFERTI per conto di assistiti minorenni/interdetti

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ e
 residente a _____ Via _____ n. _____, consapevole ed a conoscenza di quanto previsto
 dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 sulle responsabilità penali cui può andare incontro chi rilascia false dichiarazioni

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- di essere genitore esercitante la potestà
 di essere tutore
 di avere l'affidamento

di _____ nato/a il _____

a _____

(data) ____/____/____

Firma leggibile