

## RICHIESTA DI COPIA CONFORME DI DOCUMENTAZIONE CLINICA

---

Alla cortese attenzione del Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero di \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ in qualità di:

◇ Paziente                      ◇ Medico curante (nel caso di specialista ospedaliero specificare il Reparto \_\_\_\_\_)

◇ Erede Legittimo\*            ◇ Altro\* \_\_\_\_\_ \* i richiedenti devono documentare con apposita documentazione il diritto a ricevere copia della documentazione sanitaria

**Richiede:**            ◇ copia di cartella clinica  
                          ◇ copia esami radiografici  
                          ◇ altra documentazione clinica \_\_\_\_\_

del Sig. \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ a \_\_\_\_\_

**RICOVERI/ACCESSI DEA-Ambulatorio** dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/, Reparto \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/, Reparto \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/, Reparto \_\_\_\_\_

Data        \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/                      Firma del richiedente \_\_\_\_\_

**Firma per autorizzazione del Direttore Sanitario** \_\_\_\_\_

---

**MODALITA' DI RITIRO**    ◇ personalmente allo sportello                      ◇ Via posta Elettronica Certificata/Dispositivo USB  
                                  ◇ persona delegata                                      ◇ Spedizione all'indirizzo ( con spese a carico del destinatario)

### IN CASO DI DELEGA AL RITIRO:

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ delego, al ritiro della documentazione sanitaria richiesta,

il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ a \_\_\_\_\_  
(al momento del ritiro dovrà essere allegata alla richiesta copia del documento di identità richiedente e della persona delegata)

**Firma del richiedente** \_\_\_\_\_

La documentazione sarà disponibile a partire dal giorno \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ Firma dell'interessato all'atto del ritiro \_\_\_\_\_

---

**Si ricorda che la documentazione sanitaria potrà essere ritirata solo previa presentazione dell'attestato di pagamento dei diritti di segreteria, pagamento che potrà essere effettuato tramite:**

- ◇ **SPORTELLO BANCARIO PRESENTE PRESSO IL PRESIDIO OSPEDALIERO**
- ◇ **BONIFICO BANCARIO INTESTATO A: Azienda Sanitaria Locale AL – Via Venezia,6 – 15121 Alessandria  
UBI Banca S.p.A. – IBAN - IT 63 I 03111 48670 00000006526**