

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 Reparto _____)

◇ Erede Legittimo* ◇ Altro* _____ *i richiedenti dovranno documentare
con apposita documentazione il diritto a ricevere copia della documentazione sanitaria

Richiede: ◇ copia di cartella clinica
 ◇ copia di 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 _____

Indicare un recapito telefonico _____

MODALITÀ 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 n.6 15121 - Alessandria
BANCA REGIONALE EUROPEA IBAN IT98B0690648677000000006526**