

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:

- ◇ **PUNTO GIALLO PRESSO PRESIDIO OSPEDALE**
- ◇ **BONIFICO BANCARIO INTESTATO A:** Azienda Sanitaria Locale AL - Via Venezia n.6 15121 - Alessandria
ASL AL (c.f. e p.iva 02190140067)
UBI BANCA REGIONALE EUROPEA S.p.A. - IBAN - IT 63 I 03111 48670 000000006526