

**S.C. DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO  
ASTI**

Chi presenta la richiesta di documentazione clinica:

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | è il diretto interessato   |
| <input type="checkbox"/> | è altra persona (richiesta e ritiro con delega firmata e documento originale del delegante e delegato) |
| <input type="checkbox"/> | è genitore esercente potestà (si allega modulo di potestà genitoriale)                                 |
| <input type="checkbox"/> | è tutore (si allega modulo di tutoraggio)  |
| <input type="checkbox"/> | è erede (si allega atto di notorietà)  |

**RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA di:**data: nominativo nato a : 

il

abitante in:  città: cap:  prov. tel fisso  reparto:  dimesso in data: reparto:  dimesso in data: reparto:  dimesso in data: reparto:  dimesso in data: reparto:  dimesso in data: **SPEDIZIONE A DOMICILIO**cognome/nome abitante in:  Comune: cap:  prov. tel fisso  cell. **Se il richiedente è il diretto interessato:**

firma del richiedente \_\_\_\_\_

documento di riconoscimento: 

Si avvisa che, qualora il numero delle pagine delle cartelle cliniche supera i 500 fogli, è necessario effettuare un ulteriore pagamento di €. 17.00.

Le fotocopie delle cartelle cliniche vengono rilasciate previo pagamento anticipato con