

REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANIA



DISTRETTO OSPEDALIERO CT 3
Ospedale "Gravina e Santo Pietro" di Caltagirone
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
SERVIZIO ACCETTAZIONE E RILASCIO DOCUMENTAZIONE CLINICA
TEL 0933 39642 FAX 093339448

AL DIRETTORE SANITARIO

Data richiesta n° _____ del _____	n° Quietanza _____
Data di invio _____ <input type="checkbox"/> archivio <input type="checkbox"/> reparto	per ricevuta _____
Data di riconsegna _____ <input type="checkbox"/> archivio <input type="checkbox"/> reparto	per ricevuta _____

A cura dell'incaricato dell' ufficio

IL TITOLARE DELLA CARTELLA

(scrivere in stampatello)

Il/La Sottoscritto/a _____ nato/ a _____ il _____

Residente a _____ Provincia _____ Tel _____

IL RICHIEDENTE *(solo se diverso dall'intestatario della cartella)*

(scrivere in stampatello)

Il/La Sottoscritto/a _____ nato/ a _____ il _____

Residente a _____ Provincia _____ Tel _____

Consapevole delle responsabilità previste dall'art.76 D.P.R.445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci:

In qualità di genitore coniuge figlio erede altro _____

CHIEDE

a questa DIREZIONE MEDICA il rilascio della copia della CARTELLA CLINICA relativo al

ricovero presso l' U.O. _____ in DAY HOSPITAL DAY SARGERY
 DAY SERVICE ORDINARIO

Dal _____ Al _____ n° SDO _____

Allegare fotocopia documento di identità (fronte retro) in corso di validità del richiedente e dell'intestatario della documentazione sanitaria.

SI PREGA IN OLTRE DI VOLERLA RIMETTERE AL SEGUENTE INDIRIZZO

Sig. _____

Via _____ n° _____ Città _____ Cap _____

Operatore

Firma del richiedente

data consegna al paziente

PROMEMORIA PER L'UTENTE

Per informazione telefonare al N°093339642 dalle ore 12,00 alle ore 13,00 tutti i giorni
Lo sportello rimane aperto dal Lunedì al Sabato dalle ore 8,00 alle ore 12,30