



Azienda Sanitaria Provinciale - Agrigento  
**PRESIDIO OSPEDALIERO DI AGRIGENTO**  
DIREZIONE SANITARIA  
Ufficio archiviazione e rilascio cartelle cliniche

**RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA O VERBALE DI DIMISSIONE DAL PRONTO SOCCORSO**

Richiesta n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ (annotazione a cura dell'Ufficio)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

documento di identità \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

titolare della cartella clinica o del verbale di dimissione del Pronto Soccorso (allegare copia del doc. di identità)

genitore esercente la responsabilità genitoriale del minore (allegare copia del doc. di identità)

erede legittimo (allegare dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà e copia del documento di identità)

altro (specificare) \_\_\_\_\_ (allegare idonea documentazione)

chiede il rilascio di  copia della cartella clinica  verbale di dimissione di Pronto Soccorso

Intestatario sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

ricovero U.O. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

delega per il ritiro il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

Documento di identità \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Chiede l'invio della documentazione richiesta a mezzo posta al seguente indirizzo:

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_

Si allega :

copia del documento di identità del richiedente

copia del documento di identità del delegato

dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.)

copia della ricevuta del pagamento dei diritti per il rilascio del documento

copia della ricevuta del pagamento delle spese di spedizione

altro (specificare) \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

A cura dell'Ufficio

Richiesta ricevuta da \_\_\_\_\_

data e firma