



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

RICHIESTA n° _____ **del** _____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____

documento di identità _____ n° _____ tel. _____

- ☐ titolare della cartella clinica o del verbale di dimissione del Pronto Soccorso (allegare copia del doc. di identità)
- ☐ genitore esercente la responsabilità genitoriale del minorenne (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

Intestata/o a sig./sig.ra _____ nato/a il _____

ricovero U.O. _____ dal _____ al _____

ricovero U.O. _____ dal _____ al _____

ricovero U.O. _____ dal _____ al _____

ricovero U.O. _____ dal _____ al _____

ricovero U.O. _____ dal _____ al _____

Delega

delego per il ritiro il/la sig./sig.ra _____ nato/a il _____

Documento di identità _____ n° _____

Spedizione

chiedo la spedizione della documentazione richiesta 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.)
- ☐ altro (specificare) _____

Firma del richiedente
