



**RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Ufficio/Servizio di presentazione della richiesta:

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP  
\_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Tel  
\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ documento d'identità n. \_\_\_\_\_

in qualità di:

- intestatario della documentazione sanitaria (allegare documento di identità)
- legittimato (compilare "Dichiarazione sostitutiva di certificazione" e allegare documento di identità)
- tutore/Curatore/Amministratore di Sostegno (compilare "Dichiarazione sostitutiva di certificazione" e allegare copia dell'atto di nomina)
- delegato (premunirsi di delega scritta - da allegare alla richiesta - completa di dati anagrafici e allegare documento d'identità del delegante e del delegato)

**per uso**

**CHIEDE il rilascio di COPIA della documentazione sanitaria di**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) residente a  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

- cartella clinica del ricovero
- referto di Laboratorio Analisi
- referto di Radiologia
- referto di Anatomia Patologica
- CD di esame radiologico
- referto prestazione ambulatoriale
- verbale prestazione Pronto Soccorso
- referto Procreazione Medicalmente Assistita
- altra certificazione sanitaria \_\_\_\_\_

Per ciascuna richiesta indicare ospedale, reparto/servizio e periodo del ricovero e/o data della prestazione:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**CONSEGNA DOCUMENTAZIONE**

**Spedizione**, con spese a carico del destinatario, a:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

CAP \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

L'ASST del Garda declina ogni responsabilità per eventuali disguidi postali

**Ritiro allo sportello**

**Ritiro allo sportello con delega**

Il sottoscritto, documento d'identità n° \_\_\_\_\_ delega il/la  
Sig/a \_\_\_\_\_ al ritiro della documentazione sanitaria richiesta.

La documentazione richiesta verrà rilasciata/spedita previa esibizione/allegazione della ricevuta di pagamento dei costi di rilascio comunicati dall'Ufficio competente.

La documentazione richiesta verrà conservata per 5 mesi, dopo di che, se non ritirata, verrà distrutta con addebito comunque dei relativi costi di ricerca e copia.

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

***Compilazione a cura dell'Ufficio/Servizio che consegna la documentazione***

Il/La Sig./a \_\_\_\_\_, documento di riconoscimento n° \_\_\_\_\_ dichiara di ricevere  
in data \_\_\_\_\_ la documentazione sopra richiesta.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_