

Ufficio Cartelle Cliniche

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ via _____

tel. _____ cell. _____ email _____

C H I E D E

**il rilascio di copia conforme all'originale delle cartelle cliniche
relative ai ricoveri di seguito specificati:**

Cognome e nome	Reparto di ricovero	Data di ingresso	Data di uscita

Dichiara di aver provveduto al pagamento, per ciascuna cartella clinica richiesta, del ticket dovuto di € 20,00 (+ € 5,10 cadauna per eventuale spedizione), come da allegati (*barrare l'opzione adottata*):

- ☐ ricevuta di versamento effettuato presso l'Ufficio Ticket dell'Azienda
- ☐ bonifico bancario sul c/c n.° 000000218020 - c/o BNL di Catanzaro, intestato ad Azienda Ospedaliero-Universitaria "Renato Dulbecco" di Catanzaro – Causale: Copia Cartella Clinica Iban: IT98L0100504400000000218020

RICHIESTA SPEDIZIONE A DOMICILIO **si** **no**

Data _____

Firma _____

Spazio ad uso dell'Ufficio

Identificato/a a mezzo del seguente documento: _____

n° _____ rilasciato il _____

da _____ in corso di validità.

Firma dell'impiegato

Orario per il pubblico: tutti i giorni feriali, dal lunedì al venerdì, dalle ore 9,00 alle ore 12,00.