



AZIENDA SANITARIA LOCALE BA

Lungomare Starita, 6 70123 BARI

P.I./C.F. 06534340721

Putignano li, _____

Alla Direzione Medica S.O. di PUTIGNANO

RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA del *Sig*.....

Il sottoscritto Tel. /

nato a il / /

residente a in Via/Piazza n.

Documento di identità (C.I./P.) n..... rilasciato dal Comune/Prefettura di
il sc., consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e
falsità negli atti, di cui all'art. 76 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445,

CHIEDE

in qualità di intestatario della documentazione richiesta

- in qualità di delegato /genitore di minore / tutore / erede legittimo / rappresentante legale (delega o documentazione allegata) del paziente sotto-indicato:**

Cognome e nome

nato a il / /

residente a in Via/Piazza..... n.

COPIA AUTENTICATA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE SANITARIA:

- Cartella clinica – Day Hospital – Day Surgery – Day Service – Amb.**

del _____ dim _____ U.O. _____ n° _____

del _____ dim _____ U.O. _____ n° _____

del _____ dim _____ U.O. _____ n° _____

- Referto di Pronto Soccorso** del _____ n° _____

- Radiografie / CD e/o copie TAC / RMN originale** - nel reparto di _____

durante il ricovero dal _____ al _____ n° cartella clinica _____

costituite da n° _____ lastre radiografiche.

L'ADDETTO DELLA DIREZIONE MEDICA

In fede

Quota Fissa: €

Quota N° Fogli : €

TOTALE €