



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.54111 0324.49111 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

SOC DIREZIONE SANITARIA PRESIDIO OSPEDALIERI VERBANIA-DOMODOSSOLA

Sede legale: Via Mazzini 117 – 28887 Omegna (Vb)

Sede Operativa Verbania Tel. 0323 541320/580 Fax 0323 541399 e-mail: dsanitaria@aslvco.it – dsanitaria.vb@aslvco.it

Sede Operativa Domodossola Tel. 0324 491440 Fax 0324 491365 - e-mail: dsanitaria.do@aslvco.it

Modello CC/1

**All'Ufficio cartelle Cliniche
Presidio Ospedaliero di**

.....
(luogo e data)

Richiesta copia conforme all'originale di cartella clinica

Il /la sottoscritto/a

nato/a a(.....) ..il

residente a:.....(.....)In via.....

..... n. telefono

Codice Fiscale

CHIEDE il rilascio di copia conforme della propria cartella clinica relativa al ricovero avvenuto

dalal..... nel reparto di

dalal..... nel reparto di

dalal..... nel reparto di

per il seguente motivo:

Firma Titolare Richiedente

Data e Firma Per Ricevuta

ATTO DI DELEGA AL RITIRO DI COPIA CONFORME DI CARTELLA CLINICA

Il /la sottoscritto/a

DELEGA al ritiro di copia conforme della propria cartella clinica il/la Sig./Sig.ra

.....nato/a.....il.....

Data e Firma del Delegante

Data e Firma del Delegato Per Ricevuta

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003::

..... "I dati riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo"

Si allega copia fotostatica di un documento di identità del Titolare Richiedente e del delegato.

NOTA: la consegna avverrà nei termini di legge.

