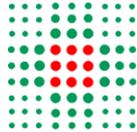




Regione Siciliana



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA - ROMAGNA Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Dipartimento Rizzoli-Sicilia



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

CHIEDE (spuntare il quadratino corrispondente alle richieste)

Form with checkboxes for 'la copia della propria Cartella Clinica', 'la copia Cartella Clinica del figlio/a', 'la copia Cartella Clinica del Sig./a', and 'U.O. Ortopedia e Traumatologia Generale' vs 'U.O. Medicina fisica e Riabilitativa Ricovero del'.

Form with checkboxes for 'la copia del proprio Referto ambulatoriale', 'la copia Referto ambulatoriale del figlio/a', and 'la copia Referto ambulatoriale del Sig./a'.

Form with checkboxes for 'la propria copia di: Rx Rmn Tac altro...' and similar options for 'figlio/a' and 'Sig./a'.

MODALITA' PER IL RITIRO

Il titolare della documentazione clinica verrà a ritirare di persona con documento valido d'identità o persona con delega con proprio documento d'identità nonchè copia del documento del delegante. Il titolare della documentazione clinica chiede la spedizione per un importo di 13,00€+ costo della cartella clinica, ad indirizzo diverso dalla residenza: Via _____ n. _____ c.a.p. _____ città _____ prov. _____ TEL. _____

N.B.: la spedizione ad indirizzo diverso dalla residenza può essere chiesta solo dal titolare della documentazione clinica tramite presente modulo o tramite lettera o fax allegando copia di un documento di riconoscimento.

Bagheria, _____ FIRMA _____

ALLEGARE copia documento di identità valido del richiedente.

Modulo allegato a I.O. Copia do.ne clinica (Versione 25.9.2012)