



DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA
SERVIZIO CARTELLE CLINICHE
RICHIESTA PREPARATI ISTOLOGICI

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

NATO/A IL A PROV.....

RESIDENTE A CAP..... PROV.....

Via N..... Telefono.....

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti richiamate dall'art. 76 dello stesso D.P.R. 445/2000

DICHIARA:

- DI ESSERE IL PAZIENTE
- DI ESSERE EREDE LEGITTIMO IN QUALITA' DI.....
- DI ESERCITARE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE IN QUALITA' DI.....
- DI DELEGARE ALLA RICHIESTA E RITIRO

NOME E COGNOME

NATO/A IL A PROV.....

RESIDENTE A CAP..... PROV.....

VIA N.....

DECEDUTO A IL.....

RICHIEDE

VETRINI (n. ISTOLOGICO)

BLOCCHETTI (n. ISTOLOGICO)

.....

.....

.....

.....

MODALITA':

- RITIRO ALLO SPORTELLLO
- SPEDIZIONE ALL'INDIRIZZO: VIA/PIAZZA..... N.....

CITTÀ..... CAP..... PROV.....

FIRMA DEL DICHIARANTE

DATA / /

Allo sportello: L'intestatario della documentazione sanitaria o altri aventi diritto esibiscono il documento d'identità in originale. Eventuali delegati possono presentarsi con il documento d'identità in originale, modulo di delega e fotocopia del documento di identità valido del paziente. L'acconto sarà pagato presso le nostre casse.

Inviare una e-mail a: richiesta.cartelle@aopd.veneto.it:

La richiesta deve essere inviata con allegata copia del documento d'identità valido e copia del versamento di euro 15,00 euro. Per qualsiasi informazione si consulti: <https://www.aopd.veneto.it/Cartelle-Cliniche>

Per comunicazioni telefoniche 049/8213055 dalle 08:00 alle 09:00 dal Lunedì al Venerdì

Appuntamento per ritiro della documentazione al n. 049 8213057 dal lunedì al venerdì, dalle 10:00 alle 12:30.

Il sottoscritto ai sensi del D.Lgs. 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.