



REGIONE DEL VENETO  
AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA  
DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA  
SERVIZIO CARTELLE CLINICHE E MICROFILM

**MODULO RICHIESTA DOCUMENTAZIONE CLINICA**  
(intestataro documentazione)

IL / LA SOTTOSCRITTO/A.....

NATO /A IL.....A.....PROV.....

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

VIA.....N.....TEL.....

**DELEGA**

(Compilare solo se allo sportello si presenta un delegato)

IL SIG./ LA SIG.RA .....

NATO /A IL.....A.....PROV.....

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

VIA.....N.....TEL.....

**A RICHIEDERE COPIA DELLA CARTELLA CLINICA**

UNITA' OPERATIVA .....DAL .....AL.....  
( Reparto )

UNITA' OPERATIVA .....DAL .....AL.....

- RITIRO ALLO SPORTELLLO
- SPEDIRE A : .....

FIRMA DEL RICHIEDENTE

.....

Presentare il modulo con fotocopia del documento di identità valido del richiedente (il delegato deve essere munito di documento di identità in originale). La richiesta può anche essere inviata **via fax al N. 049/821.3056 con allegata copia del documento + copia del versamento di 15,00 euro (quindici) sul CCPostale N. 13030358 intestato a: A.O.P. prestazioni Ospedaliere-servizio tesoreria; nella causale: acconto cartella clinica. Oppure mediante IBAN : IT 69 C010 3012 1340 0000 1100 168**

Per comunicazioni telefoniche chiamare il numero 049/8213055 dalle 08.00 alle 09.00 e dalle 14.00 alle 15.00.

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.