



ASL Lecce

PugliaSalute

DIREZIONE MEDICA

PRESIDIO OSPEDALIERO "VITO FAZZI"

Piazza F. Muratore, 1 – 73100 Lecce

tel. CUP per info richieste cartelle cliniche: 0832 – 661416

tel. Dir. Med: 0832 – 661451

e-mail: dspolecce@asl.lecce.it

N° progressivo _____

ARCHIVIO CARTELLE CLINICHE

Lecce, ____/____/____

Sig. Direttore Medico P.O. "V. Fazzi"

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il ____/____/____ in qualità di:

☐ Diretto interessato ☐ Legittimo erede ☐ Legale Rappresentante/Procuratore/Delegato

☐ Altro _____ ☐ Documentazione attestante la titolarità al trattamento

dei dati: _____ n° _____

CHIEDE IL RILASCIO DI COPIA:

☐ CARTELLA CLINICA

☐ REFERTO DI PRONTO SOCCORSO

☐ CD/DVD

☐ TAC

☐ RMN

☐ ALTRO _____

del/la Sig./ra _____ nato/a a _____ il ____/____/____

residente a _____ via _____ n° _____

tel. n° _____

n° cc. _____ Ricovero del ____/____/____ U.O. _____

n° cc. _____ Ricovero del ____/____/____ U.O. _____

n° cc. _____ Ricovero del ____/____/____ U.O. _____

Pronto Soccorso accesso del ____/____/____ e del ____/____/____

Si prende atto che i costi di riproduzione sono i seguenti:

Cartella clinica:

€ 7.00 pagine da n. 1 a 30

€ 15.00 pagine da n. 31 a 60

€ 25.00 pagine > 60

Referto di Pronto Soccorso:

€ 2

CD/DVD:

€ 10.00

(Delibere del Direttore Generale n° 790 del 05/03/2009 e n° 2564 del 31/07/2009)

N.B. L'eventuale spedizione è a carico dell'interessato

FIRMA DEL RICHIEDENTE