



REGIONE PUGLIA
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA CONSORZIALE POLICLINICO
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
UFFICIO CARTELLE CLINICHE
RICHIESTA DI COPIA DI RELAZIONE DI PRONTO SOCCORSO

IL SOTTOSCRITTO _____
NATO A _____ PROV. _____ IL _____
RESIDENTE A _____ PROV. _____ C.A.P. _____
VIA _____ N. _____
TEL. N. _____
DATA PRESTAZIONE _____ ORE _____
ESEGUITA NEL POLICLINICO DI BARI PRESSO:

PRONTO SOCCORSO CHIRURGICO

PRONTO SOCCORSO MEDICO

CLINICA OCULISTICA

CLINICA ORTOPEDICA

1	2	3
---	---	---

CLINICA OTORINOLARINGOIATRICA

CLINICA ODONTOIATRICA

ALTRO:

PER USO:

SI DICHIARA DI AVER PRESO CONOSCENZA CHE I DOCUMENTI SANITARI DI CUI SI RICHIEDE COPIA SONO COPERTI DA SEGRETO PROFESSIONALE (ART. 622 C.P.) E CHE, PERTANTO, GLI STESSI POSSONO ESSERE RILASCIATI SOLO AL DIRETTO INTERESSATO OVVERO A PERSONE APPOSITAMENTE DELEGATE PER ISCRITTO. IN CASO DI MINORI O INCAPACI, DA COLORO CHE NE HANNO LA TUTELA LEGALE.

IL PAGAMENTO DEL DOCUMENTO RICHiesto PUÒ ESSERE EFFETTUATO MEDIANTE VERSAMENTO SU C.C. POSTALE N. 768705, INTESTATO A: AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA CONSORZIALE POLICLINICO P.ZZA G. CESARE, 11 – 70124 BARI

BARI _____

FIRMA LEGGIBILE DEL RICHIEDENTE

ESTREMI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO

FIRMA LEGGIBILE DEL DELEGATO E GRADO DI PARENTELA

SPECIFICARE SE CARTA DI IDENTITÀ O PATENTE