



**AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA  
VERONA**



(D.Lgs. n. 517/1999 - Art. 3 L.R. Veneto n. 18/2009)

UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA - *Direttore: Dott.ssa Giovanna Ghirlanda*

Ufficio Cartelle Cliniche Ospedale Borgo Trento - P.le A. Stefani, 1 – 37126 Verona

**MODULO RICHIESTA CARTELLA CLINICA/DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

**Il/la sottoscritto/a** \_\_\_\_\_

**Nato/a** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_

**Residente a** \_\_\_\_\_ **Prov.** \_\_\_\_\_ **Via** \_\_\_\_\_ **n.** \_\_\_\_\_

**Cap.** \_\_\_\_\_ **Tel.** \_\_\_\_\_ **Tel.** \_\_\_\_\_

**Doc. n.** \_\_\_\_\_ **rilasciato da** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_

Chiede il rilascio di copia/e di cartella clinica/documentazione sanitaria relativa al/ai seguente/i ricovero/i ai sensi del regolamento di questa Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata

N. COPIE	N. NOSOGRAFICA	REPARTO DIMISSIONE	NOMINATIVO

Documentazione richiesta per uso:

proprio  medico  assicurativo  altro \_\_\_\_\_

La cartella clinica/documentazione sanitaria verrà:

- ritirata personalmente
- ritirata dal/dalla Sig./a \_\_\_\_\_ delegato/a dal/dalla sottoscritto/a
- spedita in contrassegno al sopra indicato indirizzo oppure al seguente:  
\_\_\_\_\_

Verona, \_\_\_\_\_ **Firma richiedente** \_\_\_\_\_

**Richieste effettuate in reparto: la firma del richiedente (cioè del paziente ricoverato) deve essere controfirmata da due testimoni (personale strutturato dell'Azienda) che indicheranno prima della firma la loro qualifica.**

\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Richieste inviate tramite posta normale/fax/mail: allegare fotocopia documento di identità valido**

<b>Orari sportello:</b>	Mattino	dal lunedì al venerdì	dalle ore 09.00 alle ore 12.30
	Pomeriggio	il martedì	dalle ore 14.00 alle ore 15.00
<b>Informazioni Telefoniche:</b>		dal lunedì al venerdì	dalle ore 13.30 alle ore 14.30

L'Ufficio avvisa telefonicamente gli utenti quando la copia della cartella clinica/documentazione sanitaria è pronta

**Ufficio Cartelle Cliniche Ospedale Borgo Trento– P.le Stefani 1 – 37126 Verona –  
Tel. 045 8122268 - Fax: 045 8122059 – e-mail: direzione.medica.ospedaliera@ospedaleuniverona.it**