



**AZIENDA OSPEDALIERA
UNIVERSITARIA INTEGRATA
VERONA**



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

RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A:

COGNOME NOME
NATO/AA DATA NASCITA
COD. FISCALE RESIDENTE A
INDIRIZZO N.CIVICO C.A.P. PROV.
TELEFONO E-MAIL @
DOCUMENTO IDENTITA' NUMERO

(CARTA IDENTITA' – PATENTE DI GUIDA – PASSAPORTO)

IN QUALITA' DI :

(soggetto avente diritto consapevole delle responsabilità penali in caso di false dichiarazioni)

- ☐ DIRETTO INTERESSATO/A ☐ EREDE
☐ GENITORE ESERCENTE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE ☐ TUTORE / CURATORE
☐ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO (CON DECRETO DI NOMINA) ☐ CONVIVENTE
☐ FIDUCIARIO/A ☐ ALTRO

DATI DEL PAZIENTE (SE NON DIRETTO INTERESSATO/A)

COGNOME NOME
NATO/AA DATA NASCITA
COD. FISCALE RESIDENTE A
INDIRIZZO N.CIVICO C.A.P. PROV.
TELEFONO E-MAIL @

CHIEDE COPIA/RILASCIO DI:

- ☐ CARTELLA CLINICA, REPARTO DATA.....
☐ CARTELLA CLINICA, REPARTO DATA.....
☐ VERBALE DI PRONTO SOCCORSO, DATA..... ☐ 118 LUOGO DATA

CON MODALITA'

- ☐ RITIRO PUNTO CASSE DELLA SEDE DI BORGO TRENTO /BORGO ROMA
☐ SPEDIZIONE ALL'INDIRIZZO: VIA/PIAZZA N. CIVICO
CITTA' C.A.P. PROV.
PRESSO:

Verona,

Firma

Sede di borgo Trento, Verona città Tel. 045
812 2268 dal lunedì al venerdì dalle ore
11,30 alle ore 12,30 – Posta ordinaria
ufficio.cartellecliniche@aovr.veneto.it

Sede di borgo Roma, Verona città
Tel. 045 812 4255 dal lunedì al giovedì dalle ore
14,30 alle ore 15,30 – Posta ordinaria
ufficio.cartellecliniche@aovr.veneto.it



AZIENDA OSPEDALIERA
UNIVERSITARIA INTEGRATA
VERONA



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

DELEGA RITIRO DOCUMENTAZIONE

IL SOTTOSCRITTO/A

COGNOME

NOME

DOCUMENTO IDENTITA'

(CARTA IDENTITA' – PATENTE – PASSAPORTO)

NUMERO DOCUMENTO

DELEGA

COGNOME

NOME

DOCUMENTO IDENTITA'

(CARTA IDENTITA' – PATENTE – PASSAPORTO)

NUMERO DOCUMENTO

Verona,

Firma

(DEL DELEGANTE)

ALLEGARE COPIA FRONTE E RETRO DEI DUE DOCUMENTI SOPRA INDICATI