RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Istituto Giannina Gaslini
Ufficio Cartelle Cliniche
Via Gerolamo Gaslini, 5
16147 **GENOVA**
FAX: 01056362707
E-mail: cartellecliniche@gaslini.org

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

ai sensi ed agli effetti del DPR 445/2000, consapevole delle conseguenze penali delle dichiarazioni mendaci e falsità in atti, dichiara di essere (barrare)

❒ **Genitore esercente patria potestà** ❒ **Tutore/Amm. di sostegno*** ❒ **Erede Legittimo**

(Allegare provvedimento di nomina da parte del Tribunale)

Dati relativi al paziente:

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Dati relativi al ricovero (solo per richiesta di Cartella Clinica):

dal _____ al _____ Unità Operativa _____

dal _____ al _____ Unità Operativa _____

dal _____ al _____ Unità Operativa _____

dal _____ al _____ Unità Operativa _____

Copia su CD dei seguenti esami strumentali:

❒ RX del _____

❒ Risonanza Magnetica del _____

❒ TAC del _____

❒ Angiografia/endoscopia del _____

Indirizzo del richiedente:

Via/Piazza _____ n. _____

Cap _____ Comune _____ Telefono _____

E-mail: _____

Ritirerà il documento:

❒ **Lo stesso richiedente presso il Padiglione 10 - 3° piano dell'Istituto Giannina Gaslini**

❒ **Persona con delega del richiedente presso il Padiglione 10 - 3° piano dell'Ist. Giannina Gaslini**

❒ **Spedire** ***(all'indirizzo del richiedente)***

Data _____ Firma del richiedente _____

(Allegare copia del documento di identità fronte/retro del richiedente e copia della ricevuta dell'avvenuto pagamento, a titolo di acconto, da effettuare tramite c/c bancario intestato a: Istituto Giannina Gaslini – Via Gerolamo Gaslini, 5 – 16147 GENOVA – IBAN: IT46Y0538701435000047127898)