



AZIENZA USL TOSCANA NORDOVEST  
Ufficio Cartelle Cliniche Direzione Presidio Ospedale Livorno  
Viale Alfieri 36 Livorno  
tel. 0586/223638 -fax 0586/223296

### RICHIESTA COPIA

Verbale Pronto Soccorso     cartella clinica     Estratto documentazione     Altro \_\_\_\_\_

### GENERALITÀ DELL'INTESTATARIO DELLA DOCUMENTAZIONE

Cognome e Nome.....VIVENTE  SI     NO

Nato/a a ..... Il ..... Tel  
.....

### DATI RELATIVI AL RICOVERO

RICOVERO dal..... al ..... REPARTO.....

RICOVERO dal..... al ..... REPARTO.....

RICOVERO dal..... al ..... REPARTO.....

RICOVERO dal..... al ..... REPARTO.....

### GENERALITÀ DEL RICHIEDENTE

DIRETTO INTERESSATO

Avvalendomi delle disposizioni di cui all'art. 46 del DPR 28.12.2000 nr.445, consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni, previste dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia DICHIARO sotto la mia responsabilità di essere:

DELEGATO

GENITORE

TUTORE

EREDE

ALTRO \_\_\_\_\_

Cognome e Nome  
.....

Nato/a.....

...

Il.....Tel.....

### MODALITÀ DI RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE

RITIRO DA PARTE DELL'INTERESSATO

RITIRO DA PARTE DI PERSONA DELEGATA

INVIO PER POSTA ALL'INDIRIZZO: .....

.....

.....

DATA della RICHIESTA \_\_\_\_\_

FIRMA del RICHIEDENTE \_\_\_\_\_

DATA CONSEGNA/SPEDIZIONE \_\_\_\_\_

FIRMA OPERATORE \_\_\_\_\_

FIRMA PER RICEVUTA \_\_\_\_\_

**N.B.** Le richieste fatte a mezzo posta, fax o mail dall'interessato devono essere corredate da copia di documento di identità valido dell'intestatario della documentazione clinica. Per richieste fatte da persona delegata, devono essere corredate da :

-atto di delega formale

-copia di documento di identità dell'intestatario della documentazione

-copia di documento di identità del delegato.