



**MODULO RICHIESTA**

**SPEDIZIONE DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

**All'Ufficio Archivio Clinico dell'Ospedale "Cristo Re"**

**fax: 06/61245360 (dalle 15:30 alle 7:00 del giorno successivo)**

**e-mail: archivioclinico@ospedalecristore.it**

Io Sottoscritto \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
(Cognome) (Nome)

il \_\_\_\_\_ tel n° : \_\_\_\_\_

chiede che mi venga spedito \_\_\_\_\_ eseguito il \_\_\_\_\_  
(specificare l'esame eseguito)

al seguente indirizzo:

Alla c.a. del Sig./Sig.ra : \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Cap: \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_

esonero l'Ospedale per la consegna della corrispondenza a indirizzi o in cassette domiciliari erranee, per l'abbandono, per lo smarrimento e/o danneggiamento della posta (con conseguenti pericoli per l'integrità o sottrazione della corrispondenza).

Data della Richiesta

Il Titolare della richiesta

**Si allega documento di riconoscimento e copia ricevuta dell'avvenuto versamento**

**MODALITA' DI RICHIESTA**

**Per chiedere la spedizione della documentazione sanitaria, si prega di:**

- 1. compilare il modulo in ogni sua parte in modo chiaro e leggibile**
- 2. effettuare il pagamento di € 10,00 sul c/c intestato a Virginia Bracelli S.P.A. IBAN IT73 0056 9603 2270 0000 3609 X44, riportando nella causale il nome della paziente**
- 3. inviare per fax o per e-mail il modulo, ricevuta bonifico e copia documento di riconoscimento**

OSPEDALE CRISTO RE

