



Via Messina, 829 c.a.p. 95126 Catania – Tel. 095.7261111
Ufficio Unico per la Gestione dei Rapporti con l'Utenza
Area - Accettazione Ricoveri -

AL DIRETTORE SANITARIO

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome paziente)

Nato/a a il

Residente a Tel.

CHIEDE ALLA S.V. IL RILASCIO, per gli usi consentiti dalla legge

VERBALE DI PRONTO SOCCORSO del

RITIRO IN OSPEDALE:

☐ Verbale P.S.: costo € 5,00

☐ Verbale + Allegati (Referti RX, Es. laboratorio etc.): costo € 7,00

☐ Spedita al seguente indirizzo, allegando copia del documento di riconoscimento del paziente
(costo aggiuntivo di € 7,00 per la spedizione tramite racc. postale R.R.)

Destinatario

Via C.A.P. Città

Catania, _____ Firma del richiedente _____

Si rilascia al Sig. In data

Documento assistito

Documento allegato

Firma del ricevente

ATTENZIONE: E' sempre necessario il documento dell'assistito, oltre quello di chi ritira. Nel caso di minori, il certificato può essere ritirato esclusivamente da uno dei genitori o esercente responsabilità genitoriale (documentabile), munito di documento di identità e previa autocertificazione.