



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

AL DIRETTORE SANITARIO

Persona ricoverata: (da compilare)

Cognome e Nome nato/a il
a residente a tel.
ricoverato/a c/o il Reparto di dal al

chiede alla S.V. il rilascio di n. copia/e di

C A R T E L L A C L I N I C A

Firma del richiedente

Catania,

MODALITA' DI RITIRO:

☐ In Ospedale (costo cartella clinica € 12,00)

☐ Spedita al seguente indirizzo, allegando copia del documento di riconoscimento del paziente
(costo complessivo € 19,00 comprese spese di spedizione con racc. postale R.R. di € 7,00)

Destinatario

Vian° C.A.P. Città

(riservato all'Ufficio)

Si rilascia al Sig. In data

Documento assistito

Documento allegato

Firma del ricevente

.....