

Azienda Ospedali Riuniti di Bergamo
CUPS Centro Prenotazioni e Servizi
UFFICIO CARTELLE CLINICHE

Modulo di Richiesta via Fax (035. 266893)

Scrivere i stampatello
(I fax incompleti non saranno evasi)

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

COGNOME..... NOME.....

DATA E LUOGO DI NASCITA.....

RECAPITO TELEFONICO.....

DATI RELATIVI AL RICOVERO:

INDICARE IL REPARTO/I PER IL QUALE SI RICHIEDE LA CARTELLA CLINICA E IL RELATIVO PERIODO DI DEGENZA

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

MODALITA' PER LA SPEDIZIONE:

PER LA SPEDIZIONE (le spese relative alla cartella/e e alla spedizione si pagano in contrassegno al ricevimento)

COGNOME E NOME _____

VIA _____

CAP _____ CITTA' _____

PER IL RITIRO ALLO SPORTELLO:

PRESSO IL CUPS dal Lunedì al Venerdì dalle ore 08,00 alle ore 16,00, Sabato dalle ore 08,00 alle ore 12,00

1. CHIAMARE IL N° 035.269234 dalle 13.00 alle 16.00, per chiedere della disponibilità della documentazione richiesta.
2. IN CASO DI DELEGA PRESENTARSI CON IL PROPRIO DOCUMENTO DI IDENTITA' E QUELLO DEL PAZIENTE IN ORIGINALE, CON LA DELEGA PER IL RITIRO, FIRMATA DAL PAZIENTE

AL PRESENTE FAX DEVE ESSERE ALLEGATA LA COPIA DELLA CARTA D'IDENTITA' FRONTE RETRO E LA FIRMA DEL PAZIENTE.

Per i minori, allegare la carta d'identità del genitore o di chi esercita la patria podestà

_____ li _____ FIRMA DEL PAZIENTE _____