



Regione Puglia
O S P E D A L I R I U N I T I
Azienda Ospedaliero – Universitaria
F O G G I A

FAX 0881 – 732244

AZIENDA OSPEDALIERA OO.RR.
DIREZIONE SANITARIA
UFFICIO CARTELLE CLINICHE
FOGGIA

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il _____
in qualità di _____ del _____ minore _____
ricoverato/a presso codesto ospedale in data _____
nell'Unità Operativa di _____

CHIEDE

che gli / le venga spedita la fotocopia della cartella clinica del minore _____
conforme all'originale, al seguente indirizzo:

Cognome _____ Nome _____

Via _____ N° _____

C.A.P. _____ Città _____ Provincia _____

Recapito Telefonico _____

SI ALLEGA :

- ▶ La ricevuta di avvenuto pagamento effettuato sul C/C N° **639716** intestato a:
Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Foggia – Servizio Tesoreria – 71100 Foggia ;
specificando la causale **copia cartella clinica** ed avente importo di **€ 10,33** (di cui
€ 4,13 di spese postali + € 6,20 costo per UNA cartella clinica, per ogni altra cartella si
sommeranno altre € 6,20).

- ▶ La copia di un documento di identità valido in cui si evince chiaramente la firma
del richiedente.

li _____

Firma _____