



Azienda Sanitaria Locale di Pescara
Presidio Ospedaliero di Pescara

UFFICIO CARTELLE CLINICHE

Via Fonte Romana, 8 - 65124 Pescara

TEL. 085 4252431---ORE 13.00 / 14.00

E-MAIL: cartellecliniche.pe@asl.pe.it

RICHIESTA COPIA DI:

| | |
|------------------------------------|-------------|
| --- CARTELLA CLINICA | € 15,00 |
| --- LASTRE RADIOGRAFICHE SU CD | € 20,00 |
| --- CERTIFICATI DI PRONTO SOCCORSO | € 0,50 cad. |

Gli importi di cui sopra dovranno essere maggiorati di spese postali in base al peso del plico.

NOMINATIVO DEL RICOVERATO RICHIEDENTE _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

REPARTO DI RICOVERO _____

PERIODO DI RICOVERO _____

CHIEDO CHE LA COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA RICHiesta SIA INVIATA, IN CONTRASSEGNO, AL SEGUENTE INDIRIZZO:

Data _____

Firma Leggibile

N.B. — Il pagamento della documentazione sanitaria richiesta dovrà essere effettuato, prima del ritiro, presso il CUP del P.O. di Pescara o presso un distretto sanitario della Asl di Pescara.

SARANNO PRESE IN CONSIDERAZIONE SOLO LE RICHIESTE PERVENUTE CON LA COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA'.