



Presidio Ospedaliero  
di Gardone VT

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Spedali Civili

DIREZIONE MEDICA E AMMINISTRATIVA  
DI PRESIDIO

Direttore Dott. Romolo BORGESE

Direttore f.f. Dott.ssa Cinzia PE

Via Giovanni XXIII\*, 4

Tel. 030 8933343 Fax 030.8933274

Email: [direttore.medico.gardone@asst-spedalivicivi.it](mailto:direttore.medico.gardone@asst-spedalivicivi.it)

[direttore.amministrativo.gardone@asst-spedalivicivi.it](mailto:direttore.amministrativo.gardone@asst-spedalivicivi.it)

**ALL'UFFICIO ACCETTAZIONE – PRESIDIO OSPEDALIERO DI GARDONE V.T.**

Tel. 030 8933 344 – Fax 030 8933 274

Gardone V.T., .....

Oggetto: Richiesta copia cartella clinica e/o altra documentazione.

Il/La sottoscritto/a ..... nato/a il .....  
a.....residente .....prov.....  
via .....n.ro .....  
Tel. ....

GENITORE DEL MINORE.....  
nato/a a ..... il .....  
ricoverato/a presso la U.O. ....  
del Presidio Ospedaliero di Gardone V.T. nella/e seguente/i data/e:

Dal ..... al .....U.O.....

Dal ..... al .....U.O.....

Dal ..... al .....U.O.....

CHIEDE il rilascio di copia

- della CARTELLA CLINICA
- della seguente documentazione: .....

DELEGO alla richiesta e/o al ritiro

Cognome .....Nome.....  
Nato/a a .....Prov. ....il .....  
Residente a .....Prov..... Via.....

In alternativa, chiedo la SPEDIZIONE della documentazione richiesta al seguente indirizzo:

Cognome..... Nome.....  
Residente a .....Prov. ....Via .....  
con addebito delle spese postali.

.....  
(firma)

*Si allega fotocopia del documento di identità del paziente.*