



IRCCS POLICLINICO "SAN MATTEO"  
 ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO-  
 DI DIRITTO PUBBLICO

DIREZIONE SANITARIA – Ufficio Cartelle Cliniche  
 27100 PAVIA - V.le Golgi, 19- Tel. 0382- 503.416 Telefax 0382- 503.698

Pavia, li.....

REGISTRAZIONE N° \_\_\_\_\_

Il sottoscritto .....

nato a ..... il .....

residente a ..... C.A.P. ....

in via ..... n. .... tel. ....

munito di documento di riconoscimento ..... n. ....

rilasciato da ..... il .....

**RICHIEDE:**

- copia conforme di cartella clinica n. copie .....
  - copia conforme di referto necroscopico
  - fotoriproduzione di radiogrammi  con referto  senza referto  
(specificare se richiesta disgiuntamente dalla cartella clinica)
  - altro
- da ritirare  da spedire

del cittadino ..... ricoverato

1. nella Clinica/Divisione .....

dal ..... al .....

2. nella Clinica/Divisione .....

dal ..... al .....

3. nella Clinica/Divisione .....

dal ..... al .....

Firma del cittadino richiedente o  
 della persona autorizzata

\_\_\_\_\_

Il Direttore Sanitario di Presidio

\_\_\_\_\_