



### RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE CLINICA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A, COGNOME .....

NOME .....NATO/ A IL.....

NEL COMUNE DI .....( PROV.....) RESIDENTE IN .....

( PROV.....) VIA .....N°..... C.A.P. ....

DOC. DI RICONOSCIMENTO

N° FATTURA TICKET:  EURO €:

In qualità di:

- INTESTATARIO  DELEGATO DELL'AVENTE DIRITTO  GENITORE ESERCENTE LA PATRIA POTESTA'  TUTORE
- CURATORE  AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

### CHIEDE

COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE CLINICA:

- CARTELLA CLINICA  ALTRO (referto, pellicole radiografiche, referti, verb.di pronto soccorso etc.).....

REPARTO/SERVIZIO	<input type="text"/>	NUMERO COPIE	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

E CHE LA PREDETTA DOCUMENTAZIONE MI VENGA RILASCIATA CON :

- PROCEDURA ORDINARIA (30 GIORNI DALLA RICHIESTA)
- SPEDITA A MEZZO RACCOMANDATA A.R
- SPEDITA vis PEC.....

NOME ..... COGNOME..... VIA .....

.....N°.....

COMUNE ..... (PROV .....) C.A.P. .... TEL.....

PEC.....

Allega **DELEGA** : SI  NO   copia bonifico IL DICHIARANTE .....

Il sottoscritto ai sensi del d. lgs 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Li..... IL DICHIARANTE .....



PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO     **RICEVUTA**     RIF. RICHIESTA N° .....

IN DATA ODIERNA E' STATA PRESENTATA ALL'AZIENDA RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE CLINICA

DI ..... IMPORTO € .....

DATA ..... L'INCARICATO.....