

MODULO RICHIESTA DOCUMENTAZIONE CLINICA SANITARIA

Io sottoscritto/a: Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il _____

recapito telefonico _____ indirizzo mail _____

Documento d'identità _____ rilasciato da/il: _____

 in qualità di: intestatario della documentazione tutore delegato

 prossimo congiunto legale rappresentante

 genitore esercitante la potestà erede

del/la Sig./Sig.ra: (da compilare solo nel caso in cui il richiedente sia persona diversa dal titolare)

(Paziente) Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il _____

Documento d'identità _____ rilasciato da/il: _____

RICHIEDO COPIA CONFORME DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA SANITARIA RELATIVA A:

 CARTELLA CLINICA DI RICOVERO AUTENTICATA CARTELLA AMBULATORIALE
 AUTENTICATA

REPARTO	PERIODO	N. C.C.
	DAL _____ AL _____	
	DAL _____ AL _____	
	DAL _____ AL _____	

 COPIA REFERTO DI ESAME AMBULATORIALE/ESEGUITO DURANTE LA DEGENZA

 COPIA IMMAGINI DI RADIODIAGNOSTICA SU CD

ESAME: _____ eseguito in DATA: _____

RICHIEDO CHE LA CONSEGNA AVVENGA CON LE SEGUENTI MODALITA':

 ritiro personale
 ritiro da **persona delegata**: Cognome _____ Nome _____

(al momento del ritiro fornire delega (All. A) e fotocopia del documento di identità del delegato e del delegante)

 a mezzo **corriere espresso** al seguente indirizzo:

Destinatario _____

Via _____ Città _____ CAP _____ Prov _____

Data della richiesta _____ Firma del richiedente _____