

RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il sottoscritto

nato il

Residente a

via

Sottoposto in data

tipologia di visita

Chiede:

Copia dell'esame ECG

Copia della cartella clinica

Copia di

Motivo della richiesta:

Documento di riconoscimento

Rilasciato a

il

n°

La presente richiesta dovrà essere correttamente compilata e allegare:

1. Fotocopia del documento di riconoscimento indicato negli spazi soprastanti
2. Ricevuta di pagamento di € 20 rilasciata dalla segreteria contestualmente alla compilazione della presente

La richiesta può essere presentata da:

- Titolare della documentazione
- Persona delegata
- Eredi
- Esercenti patria potestà o tutela legale per minori, inabilitati o interdetti

3. Eventuale delega, nel caso in cui la richiesta/ritiro non sia presentata dal titolare, ma da persona designata, unitamente al documento d'identità dell'interessato e della persona delegata.

La documentazione verrà consegnata nei successivi 30 giorni.

Firma del ricevente

Firma del richiedente

Luogo e data