

	RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA	M	
			197

COMPILARE PER RICHIEDERE LA DOCUMENTAZIONE

Con la presente, lo sottoscritto/a:

Cognome..... Nome

Nato/a Prov..... il

Tel Abitazione Cellulare

Tipo di documento identificativo (si allega copia)

☐ carta identità ☐ patente ☐ altro numero

*esercente la patria potestà / tutela di nato il

richiedo, per gli usi consentiti dalla legge, copia conforme di:

- | | | |
|---|------------------------|----------|
| ☐ Cartella clinica | ricovero dal | al |
| ☐ Esame radiologico | data prestazione | |
| ☐ Referto di pronto soccorso | data prestazione | |
| ☐ Altro..... | data prestazione | |

Richiedo inoltre che la **consegna** avvenga con le seguenti modalità:

☐ Ritiro presso l'Ufficio Accettazione del COF da parte del sottoscritto

☐ Delego al ritiro il sig/ra

Cognome..... Nome

Nato/a il

☐ **Tramite posta al seguente indirizzo:**

Nominativo.....

Via

Cap Città..... Prov.....

Data Firma.....

COMPILARE AL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Io sottoscritto/a Cognome Nome.....

Nato il A

Residente in via a

CAP

Dichiaro di ricevere in data odierna i documenti indicati sopra in busta chiusa

Data Firma.....

COMPILARE AL RITIRO A CARICO UFFICIO ACCETTAZIONE

Tipo di documento identificativo della persona che ritira la documentazione (si allega copia se persona che ritira è delegata dal paziente)

☐ carta identità ☐ patente ☐ altro numero

fattura n° del

Data Firma Impiegato Accettazione.....

* Nel caso la documentazione sanitaria riguardi un minore o un paziente soggetto a tutela