

Como, li _____

Ritiro del _____

RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (prov. _____) il _____

residente a _____ (prov. _____) via _____

codice fiscale _____

doc. di identità (tipo) _____ n. _____

rilasciato da _____ il _____

recapito telefonico _____

RICHIESTE la seguente documentazione sanitaria:

PROPRIA DI ALTRA PERSONA

copia della cartella clinica/fascicolo ambulatoriale (MAC) relativo alla degenza
dal _____ al _____

Fascicolo ambulatoriale cataratta del _____

verbale di Pronto Soccorso del _____

Verbale di Pronto Soccorso e referti del _____

referto visita/esame (tipo) _____ **del** _____

referto: **RX** **mammografia** **ecografia** **TAC** **RMN**

del _____

immagini su supporto digitale: **RX** **mammografia** **TAC** **RMN**

del _____

altro (specificare) _____

Firma del richiedente _____

(È fatto obbligatorio Allegare Documento di Riconoscimento valido del Richiedente avente diritto)

Matricola ricevente _____

**DA COMPILARE SOLO PER LA SPEDIZIONE A DOMICILIO
(il costo del Servizio è a carico del Richiedente)**

Invio per posta con pagamento in contrassegno (comprendente il costo della spedizione e della produzione della documentazione sanitaria come da richiesta)

Specificare indirizzo

In fede _____