

RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Spett.le **URP MEDITEL**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il ___/___/___ residente in _____ via/p.zza _____ n° _____ CAP _____

Tel. _____ Email _____

Consapevole delle sanzioni penali ed amministrative previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni false o uso/esibizione di documenti falsi o dati non corrispondenti al vero;

RICHIEDE COPIA DI

REFERTO DELL'ESAME / VISITA CD DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Data esecuzione visita/esame ___/___/___

Tipologia visita/esame _____

Relativa a sé stesso/a

Relativa al/alla Sig./Sig.ra

Cognome _____ Nome _____ nato/a a _____

il ___/___/___ residente in _____ via/p.zza _____ n° _____ CAP _____

IN QUALITÀ DI:

compilare solo se la documentazione si riferisce a persona richiesta dal richiedente

GENITORE / ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE *(allegare autocertificazione)*

TUTORE *(allegare provvedimento di nomina)*

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO *(allegare provvedimento di nomina)*

EREDE *(allegare dichiarazione sostitutiva atto di notorietà)*

DELEGATO DEL TITOLARE *(allegare delega, copia documento d'identità del titolare e del delegato)*

Data della richiesta ___/___/___

Firma del richiedente _____

N° Documento d'identità _____ Scadenza _____

Ritiro avvenuto il ___/___/___

Firma per esteso di chi ha ritirato _____

N° Documento d'identità _____ Scadenza _____

MODULO DELEGA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il ___ / ___ / _____ residente in _____ via/p.zza _____ n° _____ CAP _____

Tel. _____ Email _____

DELEGA

Il/La Sig. / Sig.ra _____ nato/a a _____

il ___ / ___ / _____ residente in _____ via/p.zza _____ n° _____ CAP _____

A RICHIEDERE / RITIRARE

PER MIO CONTO, LA COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA.

Firma _____

Allegare copia di un documento d'identità

Luogo _____ Data ___ / ___ / _____