

**Modulo richiesta documentazione
sanitaria**

N. pratica _____

Anno _____

Io sottoscritto,

Nome _____ Cognome _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____ residente a _____ Prov. _____

via _____ n° _____ C.A.P. _____

Tel. _____ indirizzo e-mail: _____

in qualità di: _____ Doc. d' Identità n° _____

rilasciato da _____ con scadenza il _____ (all. fotocopia) **CHIEDO** **COPIA CONFORME ALL' ORIGINALE DI** CARTELLA CLINICAREPARTO _____

PERIODO DI RICOVERO DA _____ A _____ NUMERO COPIE _____

 VERBALE DI PRONTO SOCCORSO

DATA _____ NUMERO COPIE _____

 ALTRO (EEG, CD, pellicola radiografica, referti, ecc.) SERVIZIO _____

DATA _____

 CERTIFICATO DI DIAGNOSI **COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA DISPONIBILE AL MOMENTO DELLA RICHIESTA****INTESTATA A:** *me stesso* *altri* : Nome _____ Cognome _____

nato il _____ a _____ Prov. _____ residente a _____

_____ via _____ n° _____ Prov. _____

Doc. d' Identità n° _____ rilasciato da _____

con scadenza il _____ (all. fotocopia)

CHIEDO INOLTRE :

→ che la stessa venga

 spedita a mezzo raccomandata a.r. con onere di spesa postale a mio carico. consegnata personalmente consegnata a mio delegato invio via pec all'indirizzo _____→ di essere avvisato della pronta consegna dei documenti tramite **sms / telefonicamente / via mail**

Io sottoscritto, ai sensi del D. Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

_____ Il dichiarante _____
(data) (firma per esteso e leggibile)**IL PAGAMENTO VA EFFETTUATO ALL' ATTO DELLA RICHIESTA**

DATA CONSEGNA/...../.....; n. pagine.....; IMPORTO € _____

FIRMA RICEVENTE _____**FIRMA E MATR.IMPIEGATO** _____