

Codice:	MOD069		
Titolo del documento:	RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA		
Area:	Polidiagnostico		Rev. 2 del 29/01/2025

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ in data _____
residente a _____
in via/piazza _____ n. _____
tel. _____ C.F. _____

ALLEGARE copia di un documento di riconoscimento valido del richiedente

CHIEDE COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE RELATIVA ALLA PRESTAZIONE SANITARIA FRUITA IN QUANTO

- ☐ diretto interessato
☐ delegato (allegare modulo per delega e copia del documento –fronte/retro- del delegante)
☐ genitore esercente la potestà genitoriale (*in caso di separazione o divorzio, necessario compilare modulo di autocertificazione responsabilità genitoriale*)
☐ tutore/curatore
☐ amministratore di sostegno a ciò autorizzato dal relativo decreto di nomina (allegare)
☐ altro (specificare: legittimo erede, minore emancipato, ...)

(COMPILARE SOLO SE PERSONA DIVERSA DAL DIRETTO INTERESSATO)

Nome e cognome dell'interessato/a: _____
nato/a il: _____ a: _____
C.F. _____

Nello specifico chiede copia/rilascio, per gli usi e le finalità consentiti dalla legge, del seguente documento:

- ☐ REFERTO VISITA/ESAME (tipo) _____ DEL _____
☐ IMMAGINI SU CD DI (esame) _____ DEL _____
☐ ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (ECG, ALTRO - specificare): _____

Al costo di: Copia ECG Med Sport: € 20,00 Copia esami radiografici su cd: € 10,00 – copia referti o altri documenti sanitari: € 5,00

MODALITA' DI RITIRO

- ☐ Ritiro presso lo Sportello CAB della Sede di _____
☐ Invio via PEC o e-mail, al seguente indirizzo: _____
☐ Spedizione postale (con spese a carico del destinatario) al seguente indirizzo: _____

Data _____ Firma richiedente _____

In caso di richiesta su minorenni: firma del secondo genitore* _____

* in caso di separazione, divorzio o indisponibilità del secondo genitore, necessario compilare modulo di autocertificazione responsabilità genitoriale

Data ritiro: _____ Firma richiedente: _____

Firma operatore alla consegna _____