**Richiesta copia documentazione sanitaria e/o amministrativa**

Il/la sottoscritto /a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) Il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_\_\_In via/piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ documento d’identità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità civili e penali, così come stabilito dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. n.445 del 28.12.2000 in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti atti non rispondenti alla verità , sotto la propria responsabilità

**DICHIARA DI ESSERE**

(barrare la voce interessata)

* Coniuge/Genitore/ Figlio/Fratello/ Nipote
* Erede legittimo /testamentario
* Persona delegata
* Amministratore di sostegno/ Tutore/Curatore

Del/della Sig./Sig.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del Nucleo/ODC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

* Diario Sanitario
* Documentazione dimissioni ospedaliere
* Altra documentazione specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PER USO**

* Medico
* Assicurativo
* Pensionistico
* Altro specificare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma leggibile richiedente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (allegare copia documento d’identità)**

**RITIRO DOCUMENTAZIONE E TARIFFE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ritiro in reparto** | **Invio per posta a domicilio** | **On line** |
| **Euro 30 + cent. 25 a facciata** | **Euro 30 + euro 7 per spese postali** | **Euro 30** |

**I pagamenti possono essere effettuati esclusivamente tramite sistema PagoPA.**

**Ritiro/consegna/invio saranno possibili a pagamento effettuato**

**SPAZIO RISERVATO ALL’ENTE**

Operatore che riceve la richiesta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Operatore che consegna o invia documentazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma, per ricevuta, di chi ritira la copia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se delegato ( cambio indirizzo postale o email) , specificare : identificato con documento d’identità n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato da ­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_