

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 _____