

MODULO DI RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE CLINICA



Io sottoscritto/a,

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ () Il _____
Residente a _____ () Via _____ n° _____
CAP _____ Tel. _____
in qualità di _____

CHIEDO

- CARTELLA CLINICA
 ALTRO : pellicola radiografica, referti, ecc...

intestata a:

- me stesso
 al/alla Signor/a sotto indicato/a come da delega allegata:

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ () Il _____
Residente a _____ () Via _____ n° _____
CAP _____ Tel. _____

UNITA' OPERATIVA	PERIODO DI RICOVERO - DATA	n° COPIE

e che la predetta documentazione mi venga rilasciata con:

- procedura ordinaria (30 giorni dalla ricezione della richiesta)
 urgenza (5 giorni dalla ricezione della richiesta)

e che la stessa venga

- spedita a mezzo raccomandata a.r., con onere della spesa postale a mio carico, a:

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ () Il _____
Residente a _____ () Via _____ n° _____
CAP _____

- consegnata personalmente
 consegnata a mio delegato (allego delega), presso il competente ufficio del _____

Allego fotocopia di documento di riconoscimento in corso di validità (nel caso di richiesta tramite Posta o Fax).
In caso di mancato ritiro accetto che il documento mi venga inviato a domicilio con spese postali a mio carico.

Io sottoscritto, ai sensi del D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione de dati personali), accosento a che i miei dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere gli adempimenti del caso.

Luogo e data

Il dichiarante
(firma per esteso e leggibile)