

**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 CLINICA ....REPARTO \_\_\_\_\_

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** \_\_\_\_\_