

Porto Viro, li.....

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

residente in _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Via _____, recapito telefonico _____

in qualità di *(barrare il caso che interessa)*

- ☐ Titolare, identificato tramite il documento allegato
- ☐ Legale rappresentante (genitore di minore o tutore), come da autocertificazione in allegato
- ☐ Erede, come da autocertificazione in allegato
- ☐ Delegato, come da autocertificazione in allegato

CHIEDE

che venga rilasciata, in carta libera per gli usi consentiti dalla legge e previo pagamento del costo sostenuto, copia della seguente documentazione sanitaria *(barrare e compilare il caso che interessa)*:

- ☐ Cartella Clinica
 - del/la sottoscritto/a dal _____ al _____ Reparto _____ ;
 - di _____ dal _____ al _____ Reparto _____ ;
- ☐ Referto di esami strumentali *(specificare)* _____ Data Referto _____
- ☐ CD per immagini *(specificare)* _____ Data Referto _____
- ☐ Referto Pronto Soccorso _____ Data Referto _____
- ☐ Cartella OBI dal _____ al _____
- ☐ Altro, specificare *(es.: esame istologico)* _____

riguardante:

- ☐ il sottoscritto/a
- ☐ il/la sig./ra: *(specificare rapporto e nominativo)* _____

La predetta copia *(barrare il caso che interessa)*

- ☐ sarà consegnata nelle mie mani;
- ☐ sarà consegnata al/la sig./ra _____, che viene da me delegato/a al ritiro tramite il modulo di Delega; a tal fine pongo in allegato alla presente copia il mio documento di identità;
- ☐ sarà inviata all'indirizzo del titolare.

In fede

(firma leggibile)

L'impiegato presente al momento della sottoscrizione
