

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 base alla normativa di legge (L. 24/2017, art.4 c.2), la documentazione richiesta sarà disponibile entro il termine massimo di trenta giorni, in rapporto ad eventuali necessità di completamenti e/o integrazioni.

In fede _____
(firma leggibile)

L'impiegato presente al momento della sottoscrizione
