

COMPILARE PER RICHIEDERE LA DOCUMENTAZIONE

Con la presente, lo sottoscritto/a:

Cognome..... Nome

Nato/a Prov..... il

Tel Abitazione Cellulare

Tipo di documento identificativo (si allega copia)

carta identità patente altro numero

*esercente la patria potestà / tutela dinato il

richiedo, per gli usi consentiti dalla legge, copia conforme di:

- Cartella clinica ricovero dal al
- Esame radiologico data prestazione
- Referto di pronto soccorso data prestazione
- Altro..... data prestazione

Richiedo inoltre che la **consegna** avvenga con le seguenti modalità:

Ritiro presso l'Ufficio Accettazione del COF da parte del sottoscritto

Delego al ritiro il sig/ra

Cognome..... Nome

Nato/a il

Tramite posta al seguente indirizzo:

Nominativo.....

Via

CapCittà..... Prov.....

Data Firma.....

COMPILARE AL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Io sottoscritto/a Cognome Nome.....

Nato il A

Residente in via a

CAP

Dichiaro di ricevere in data odierna i documenti indicati sopra in busta chiusa

DataFirma.....

COMPILARE AL RITIRO A CARICO UFFICIO ACCETTAZIONE

Tipo di documento identificativo della persona che ritira la documentazione (si allega copia se persona che ritira è delegata dal paziente)

carta identità patente altro numero

fattura n°..... del

DataFirma Impiegato Accettazione.....

* Nel caso la documentazione sanitaria riguardi un minore o un paziente soggetto a tutela