



MODULO RELATIVO ALLA RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA IN COPIA AUTENTICA

n° Atti Richiesta il (SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO)

Il sottoscritto (Cognome) (Nome)

in qualità di: titolare delegato erede altro (vedi documentazione allegata)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.

chiede il rilascio di:

- copia autentica di cartella/e clinica/che copia autentica di referti ambulatoriali copia autentica di verbale/li di PS

DATI DEL PAZIENTE

DATI DEL PAZIENTE

Sig./Sig.ra:
 nato/a a il
 residente a Prov. C.A.P.
 in (via/piazza) N.
 telefono
 relativa/e alle seguenti date:
 dal al Reparto n°/SDO.....
 dal al Reparto n°/SDO.....
 dal al Reparto n°/SDO.....

(Spazio riservato all'Ufficio)
 n°/SDO.....
 n°/SDO.....
 n°/SDO.....

urgenza sanitaria (vedi documentazione allegata). con monitoraggi cardiocografici fetali.

Si richiede inoltre la SPEDIZIONE IN CONTRASSEGNO (alle vigenti tariffe postali) al domicilio sopraindicato del paziente

.....
 (Firma del richiedente per esteso)

.....
 (Documento di identità)

Milano,
 (Data della richiesta)

.....
 (L'addetto allo Sportello)

→ NON COMPILARE LA PARTE SOTTOSTANTE CHE VERRA' COMPLETATA AL MOMENTO DEL RITIRO ←

.....
 (Firma dell'interessato o di un suo delegato)

.....
 (Documento di identità)

Sezione riservata all'Ufficio	Sezione riservata allo Sportello
Eseguite n° fotocopie	Ritirata allo sportello in data
L'addetto dell'Ufficio Cartelle Cliniche	L'addetto allo Sportello
.....

