



ALLEGATO A

DATA

(Dati del **richiedente**)

Il/la sottoscritt_nat_ ila (.....)
in qualità di Codice Fiscale
Residente in (.....) Vian°.....CAP
Tel.(cell.) Tel.(fisso)..... mail

Chiede il rilascio in copia della seguente documentazione sanitaria:

- CARTELLA CLINICA
- **RADIOGRAMMI SU CD** (specificare quali, o tutti)
.....
- **Altro** (specificare)
.....

(Dati del **paziente** se diverso dal richiedente)

Sig/ra nat_ ila(.....)
Codice Fiscale
Residente in (.....) Vian°.....CAP
Tel.(cell.) Tel.(fisso)..... mail del paziente

RELATIVA ALLA DEGENZA PRESSO:

Reparto (UOC) dal al
Reparto (UOC) dal al
Reparto (UOC) dal al

Modalità di ritiro della documentazione (segnare con X l'opzione scelta)

RITIRATA DIRETTAMENTE dall'interessato o suo delegato

Dichiaro:

- di aver preso visione e di accettare le condizioni economiche relative al rilascio della documentazione sanitaria riportate sul retro del presente modulo
- in particolare di aver preso atto che sarà dato corso alla mia richiesta solo dopo aver consegnato la ricevuta del versamento dell'acconto dovuto, e mi impegno a consegnare attestato di pagamento del saldo al momento del ritiro o tramite contrassegno (gravato di spese postali) al ricevimento della documentazione.

Allego:

- fotocopia del documento d'identità e copia del versamento dell'acconto dovuto.

data (firma)