



RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Mod B 2

Alla cortese attenzione
della Direzione Sanitaria

Data / / luogo

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a provincia (o stato estero) il

e residente a provincia

in n° telefono

documento di identità n° data rilascio / /

rilasciato da

CHIEDE il rilascio di

1) **Fotoriproduzione di lastra radiografica**

2) **Copia su supporto informatico di**

intestata/e a relativa alla prestazione avvenuta durante
la degenza presso l'ospedale di Unità Operativa di
....., dal / / al / / in qualità di:

Titolare della documentazione **Tutore /Curatore /Amministratore***
di soggetto interdetto / inabilitato / amministrato

Erede* di soggetto deceduto **Esercente* la potestà genitoriale di soggetto minore di anni 18**

* Per i soggetti diversi dal titolare è necessario allegare dichiarazione sostitutiva di certificazione (autocertificazione).

Dichiara di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs 196/2003 e s.m.i.,
nell'ambito del procedimento e degli adempimenti conseguenti per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma del richiedente

Riceve in data / / la copia di documentazione intestata a

.....

Firma per ricevuta

DELEGA al ritiro della sopraindicata documentazione

Il/la sig./sig.ra

Nato/a a provincia (o stato estero)

documento di identità n° data rilascio / /

rilasciato da

Firma del delegante

Firma del delegato

Alla consegna della copia della documentazione deve essere esibita fotocopia del documento di identità del richiedente.

Originale del documento di identità del delegato.