

RICHIESTA E DELEGA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Intestatario della documentazione

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il ____/____/____ a _____ Provincia ____ residente a _____ CAP _____
Provincia ____ in via _____ n. ____ telefono ____
/ _____

DELEGA (compilare solo se si presenta un delegato allo sportello)

Il/la sig./sig.ra _____ nato/a a _____ il
____/____/____ a _____ Provincia ____ residente a _____ CAP _____
Provincia ____ in via _____ n. ____ telefono ____
/ _____

A RICHIEDERE

CARTELLA CLINICA (reparto) _____ dal ____/____/____ al ____/____/____

CD ESAMI RADIOLOGICI EFFETTUATI (specificare quali) _____

Documento di riconoscimento (incaricato al ritiro) _____

Ritiro allo sportello (attenzione per il ritiro serve specifica delega)

Spedizione all'indirizzo _____

Data ____/____/____

Firma del delegante (intestatario documentazione clinica) _____

La richiesta deve essere inviata per lettera o **via fax al n. 041 4266115** con **allegata copia del documento di identità del genitore**. Per comunicazioni telefoniche chiamare il numero **041 426 5851**