

RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Intestatario della documentazione

Nome _____ Cognome _____
 Nato a _____ Prov. _____ il _____ / _____ / _____ / _____
 Residente a _____ Cap _____ Prov. _____
 Via _____ n. _____ Tel.n. _____

Richiedente(compilare solo se persona diversa dall'intestatario)

Nome _____ Cognome _____
 Nato a _____ Prov. _____ il _____ / _____ / _____ / _____
 Residente a _____ Cap _____ Prov. _____
 Via _____ n. _____ Tel. _____

Consapevole delle responsabilità previste dall'art.76 del DPR 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci

IN QUALITA' DI

- Genitore esercente la responsabilità genitoriale
- Tutore (allegare provvedimento di nomina da parte del Giudice tutelare del Tribunale)
- Curatore (allegare provvedimento di nomina da parte del Giudice tutelare del Tribunale)
- Amministratore di sostegno (allegare provvedimento di nomina da parte del Giudice tutelare del Tribunale)
- Erede (che agisce in nome e per conto degli altri coeredi) allegare dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà)

CHIEDE

- duplicazione referto di laboratorio del _____
- duplicazione referto di radiologia del _____
- scheda di Pronto Soccorso del _____
- altra documentazione sanitaria (specificare) _____
del _____

Il tempo di consegna è di gg.30 dalla richiesta. La tariffa è di €.5,00 da versare presso l'Ufficio Ticket (utilizzo POSS solo presso P.O. "Annunziata").

In caso di spedizione effettuare versamento di €.11,25 (€.5,00 + €.6,25 di spese di spedizione) sul c/c postale n. 16384877 intestato Azienda Ospedaliera di Cosenza, specificando la causale:

a)indirizzo intestatario b)indirizzo richiedente c)altro indirizzo _____

Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali), acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Luogo e data _____ Firma _____

Documento d'identità _____