



MODULO PER LA RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE CLINICO/SANITARIA

__I__ sottoscritt_ _____

nat_ a _____ (prov. _____) il ____/____/ 19____

residente a _____ (prov. _____) in via _____ n. _____

tel. _____ telefax _____

e-mail _____

Documento personale di identità _____ n. _____

rilasciato dal _____

(Compilare solo se persona diversa dall'intestatario della documentazione)

Consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 del d.p.r. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci dichiara di essere _____

(specificare i poteri di delega; o rappresentativi : erede, genitore, tutore, amministratore di sostegno; o perito;.) dell' _____

(rappresentanza nell'ambito dell'organizzazione di appartenenza: INAIL, Impresa di assicurazione, Strutt. Sanitarie)

Allegare documentazione comprovante: _____

CHIEDE

Al Responsabile del Dipartimento/Distretto/Servizio aziendale:

_____ (indicare il Servizio dell'ASST che ha generato o detiene la documentazione)

e p.c. al Direttore Sanitario dell'ASST MELEGNANO E MARTESANA

copia semplice / conforme della seguente documentazione sanitaria

(specificare tutte le informazioni possibili: data, degenza, specialità, sede, ecc.):

Allega copia del versamento del contributo anticipato (non rimborsabile) di:

- a) euro (€) 12,00 per cartella clinica ; b) euro (€) 5,00 per referti e cartelle ambulatoriali;
- c) euro (€) 7,00 per esami su CD o DVD.

Si chiede la spedizione della documentazione richiesta, previo pagamento anticipato delle spese postali, all'indicato indirizzo.

Indicare, solo se diversa dal richiedente, la persona che è delegata al ritiro della documentazione:

sig. _____

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.Lgs 196/2003.

, ____/____/ 201__

_____ (firma leggibile)