



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'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)