

Rovigo, li

Alla
Direzione Sanitaria
Casa di Cura
"Città di Rovigo" S.r.l.
45100 ROVIGO

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ C.A.P. _____

via _____ recapito telefonico _____

in qualità di (barrare il caso che interessa)

- Titolare, identificato tramite il documento allegato
- Legale rappresentante (genitore di minore o tutore), come da autocertificazione in allegato
- Erede, come da autocertificazione in allegato
- Delegato, come da autocertificazione in allegato

CHIEDE

che venga rilasciata, in carta libera e previo pagamento del costo sostenuto, copia della seguente documentazione sanitaria (barrare e compilare il caso che interessa):

- Referto di esame strumentale (specificare)* _____ Data Esecuzione _____
- Lastre* *CD per immagini radiologiche* _____ Data Esecuzione _____
- Referto di Laboratorio Analisi* _____ Data Esecuzione _____
- Altro (specificare)* _____
- Originale in visione (specificare)* _____

riguardante:

- il sottoscritto/a
- il/la Sig./ra: (specificare rapporto e nominativo) _____

La predetta copia (barrare il caso che interessa)

- sarà consegnata nelle mie mani;
- sarà consegnata al/la Sig./ra _____, che viene da me delegato/a al ritiro tramite il presente atto; a tal fine pongo in allegato alla presente copia il mio documento di identità;
- sarà inviata all'indirizzo del titolare.

In fede

(firma leggibile)

L'impiegato presente al momento della sottoscrizione
