



Il/La sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____
telefono _____ e-mail _____

CHIEDE (spuntare il quadratino corrispondente alle richieste)

- la copia della propria Cartella Clinica
 la copia **Cartella Clinica** del figlio/a _____ nato il _____
di cui ne dichiara la potestà genitoriale
 la copia **Cartella Clinica** del Sig./a _____ nato il _____
e allega la delega con documento del delegante e del delegato
 Copia conforme **Copia semplice** **ricovero del** _____

- la copia del proprio Referto ambulatoriale **diagnostica** PS
 la copia **Referto ambulatoriale** **diagnostica** PS
del figlio/a _____ nato/a il _____ di cui ne dichiara la potestà genitoriale
 la copia **Referto ambulatoriale** **diagnostica** PS
del Sig./a _____ nato/a il _____
e allega le delega con documento del delegante e del delegato
 Copia conforme **Copia semplice** **prestazione del** _____

- la propria copia di: Rx Rmn Tac altro..... in lastra in CD
effettuato/i il _____ parte del corpo _____
 la copia del figlio/a Rx Rmn Tac altro..... in lastra
 in CD
Effettuato/i il _____ parte del corpo _____ di cui ne dichiara la patria potestà
 la copia del Sig./a Rx Rmn Tac altro..... in lastra
in CD
Effettuato/i il _____ parte del corpo _____
e allega la delega con documento del delegante e del delegato

- Propria Radiografia in visione** effettuata il _____ parte del corpo _____
 Radiografia in visione effettuata il _____ parte del corpo _____
del figlio/a _____ nato/a il _____ di cui ne dichiara la potestà genitoriale
 Radiografia in visione effettuata il _____ parte del corpo _____
del Sig./a _____ nato il _____ con delega e documento delegante e delegato

DICHIARANDO

- che ritira di persona con documento valido d'identità o, se impossibilitato, ritira persona delegata con proprio documento d'identità nonché copia del documento del delegante.
 di volere la spedizione al seguente indirizzo:

Via _____ n. _____

c.a.p. _____ città _____ prov. _____ TEL. _____

N.B.: la spedizione può essere chiesta dal titolare della documentazione clinica tramite il presente modulo o da persona delegata (allegare delega).

ALLEGARE copia documento di identità del richiedente/ del delegato

Bologna, _____

FIRMA _____