



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 la 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).**

- di volere la consegna on line (servizio disponibile solo per i ricoveri dal 1975 a tutt'oggi).

**ALLEGARE copia documento di identità del richiedente/ del delegato**

Bologna, \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_