



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA - ROMAGNA
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
Istituto di Ricovero e cura a carattere scientifico



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 _____