



Il/La sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____

CHIEDE (*spuntare il quadratino corrispondente alle richieste*)

<input type="checkbox"/> la copia <u>della propria</u> Cartella Clinica		
<input type="checkbox"/> la copia Cartella Clinica <u>del figlio/a</u> _____ nato il _____ di cui ne dichiara la patria potestà		
<input type="checkbox"/> la copia Cartella Clinica <u>del Sig./a</u> _____ nato il _____		
Copia conforme	Copia semplice	Ric. del _____

<input type="checkbox"/> la copia <u>del proprio</u> Referto ambulatoriale	diagnostica	PS
<input type="checkbox"/> la copia Referto ambulatoriale	diagnostica	PS
<input type="checkbox"/> <u>del figlio/a</u> _____ nato il _____ di cui ne dichiara la patria potestà		
<input type="checkbox"/> la copia Referto ambulatoriale	diagnostica	PS
<input type="checkbox"/> <u>del Sig./a</u> _____ nato il _____		
Copia conforme	Copia semplice	prestazione del _____

<input type="checkbox"/> la <u>propria</u> copia di: <input type="checkbox"/> Rx <input type="checkbox"/> Rmn <input type="checkbox"/> Tac <input type="checkbox"/> altro..... <input type="checkbox"/> in lastra <input type="checkbox"/> in CD effettuate il _____ parte del corpo _____	
<input type="checkbox"/> la copia <u>del figlio/a</u> _____ <input type="checkbox"/> Rx <input type="checkbox"/> Rmn <input type="checkbox"/> Tac <input type="checkbox"/> altro..... <input type="checkbox"/> in lastra <input type="checkbox"/> in CD effettuate il _____ parte del corpo _____ di cui ne dichiara la patria potestà	
<input type="checkbox"/> la copia <u>del Sig./a</u> _____ <input type="checkbox"/> Rx <input type="checkbox"/> Rmn <input type="checkbox"/> Tac <input type="checkbox"/> altro..... <input type="checkbox"/> in lastra <input type="checkbox"/> in CD effettuate il _____ parte del corpo _____	

☐ Propria **Radiografia in visione** effettuata il _____ parte del corpo _____

☐ **Radiografia in visione** effettuata il _____ parte del corpo _____
del figlio/a _____ nato il _____ di cui ne dichiara la patria potestà

☐ **Radiografia in visione** effettuata il _____ parte del corpo _____
del Sig./a _____ nato il _____

MODALITA' PER IL RITIRO

☐ Il titolare della documentazione clinica ritira di persona con documento valido d'identità o, se impossibilitato, ritira persona delegata con proprio documento d'identità nonchè copia del documento del delegante.

☐ Il titolare della documentazione clinica chiede la spedizione in contrassegno al seguente indirizzo:

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

N.B.: la spedizione ad indirizzo diverso dalla residenza può essere chiesta solo dal titolare della documentazione clinica tramite presente modulo o tramite lettera o fax allegando copia di un documento di riconoscimento.

Bologna, _____ FIRMA _____

ALLEGARE copia documento di identità del richiedente.