



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