



Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ (leggibile)

**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** del figlio/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ di cui ne dichiara la potestà genitoriale  
 la copia **Referto ambulatoriale** 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 via web (servizio disponibile solo per i ricoveri dal 1975 a tutt'oggi)**

**Solo copia semplice**

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

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

FIRMA \_\_\_\_\_