



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       **diagnostica**       **PS**

la copia **Referto ambulatoriale** del Sig./a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
e allega la delega con documento del delegante e del delegato       **diagnostica**       **PS**

**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 \_\_\_\_\_