



Casa di Cura  
Villa Pini d'Abruzzo

CASA DI CURA VILLA PINI D'ABRUZZO

**RICHIESTA DI  
DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

**M-AZ-16**

Rev. n. 0

Ultima Rev.: 27/04/2021

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ (\_\_) il  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (\_\_) in Via \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_ Carta di identità \_\_\_\_\_, rilasciato da \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_

**CHIEDE IL RILASCIO DI:**

- COPIA REFERTI della prestazione di \_\_\_\_\_ eseguita il \_\_\_\_\_
- COPIA DELLE IMMAGINI\* su CD della prestazione di \_\_\_\_\_ eseguita il \_\_\_\_\_  
**\*N.B. La documentazione iconografica degli esami radiologici ambulatoriali è consegnata in originale al Paziente insieme al referto e pertanto non viene archiviata (ad esclusione di Mammografie, Rx, TAC e RM conservate nel sistema PACS).**
- CERTIFICATO DI RICOVERO ( con diagnosi  senza diagnosi) CC n. \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
- COPIA DELLA CARTELLA CLINICA relativa al ricovero:  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
- ALTRO \_\_\_\_\_

in qualità di:

- diretto interessato
- persona delegata: (allegare delega)
- avente diritto (per: patria potestà, erede legittimo allegare: **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' art 47 DPR 445/2000**; per: tutore/curatore/amministratore di sostegno e parente fino al terzo grado, in caso di impedimento, allegare: **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE art 46 DPR 445/2000**)  
per Cognome e Nome \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ (\_\_) il  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**SPEDIZIONE DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Viene richiesta la spedizione della suddetta documentazione sanitaria al seguente indirizzo:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**N.B.: ALL'ATTO DEL RITIRO PRESENTARE SEMPRE UN DOCUMENTO DI IDENTITA' VALIDO (carta d'identità)**

Data consegna: \_\_\_\_\_

Firma per ricevuta: \_\_\_\_\_

**DA COMPILARE A CURA DEL PERSONALE INCARCATO AL RILASCIO**

È stata verificata la corrispondenza tra gli estremi dichiarati e i documenti esibiti dal delegato

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_