



Casa di Cura
Villa Pini d'Abruzzo

CASA DI CURA VILLA PINI D'ABRUZZO

**RICHIESTA DI
DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

M-AZ-16

Rev. n. 1

Ultima Rev.: 26/07/2023

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 _____