

 Casa di Cura Villa Pini d'Abruzzo	<b>CASA DI CURA VILLA PINI D'ABRUZZO</b> <b>RICHIESTA DI</b> <b>DOCUMENTAZIONE SANITARIA</b>	<b>M-AZ-16</b> Rev. n. 2 Ultima Rev.: 14/11/2025
---	--	--

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 \_\_\_\_\_

- 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 \_\_\_\_\_

Visto il Direttore Sanitario \_\_\_\_\_