

 Casa di Cura Villa Pini d'Abruzzo	CASA DI CURA VILLA PINI D'ABRUZZO	M-AZ-16
	RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA	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 _____

<p align="center">SPEDIZIONE DOCUMENTAZIONE SANITARIA</p> <p><i>Viene richiesta la spedizione della suddetta documentazione sanitaria al seguente indirizzo:</i></p> <p>Cognome _____ Nome _____ Via _____</p> <p>_____ Cap _____ Città _____</p> <p align="right">Firma _____</p>

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 _____