

**RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

ANAGRAFICA DEL TITOLARE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA:

Cognome/Nome _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ via _____

Tel. _____ Cell. _____

Casella mail _____

Carta di Identità n° _____

Richiesta di copia di: CARTELLA CLINICA relativa al ricovero dal _____ al _____ presso il Reparto di _____ del Presidio Ospedaliero di Chieri Moncalieri Carmagnola VERBALE DI PRONTO SOCCORSO registrato in data _____ presso il Presidio Ospedaliero di Chieri Moncalieri Carmagnola ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (specificare la tipologia del documento richiesto)In ordine alla **richiesta** e al **ritiro** della documentazione suddetta si dichiara che: si richiede personalmente la documentazione (anagrafica già compilata nel box sopra). si **delega la richiesta** della documentazione (compilare la scheda anagrafica nel box sotto e allegare le fotocopie del documento di identità sia del titolare della documentazione sia del delegato); N.B.: in caso di eredi, compilare anche l'Atto Notorio. si ritira personalmente la documentazione (anagrafica già compilata nel box sopra). si **delega al ritiro** della documentazione (compilare la scheda anagrafica nel box sotto e allegare le fotocopie del documento di identità sia del titolare della documentazione sia del delegato); N.B.: in caso di eredi, compilare anche l'Atto Notorio. richiede la spedizione in contrassegno con spese a carico del richiedente al seguente indirizzo richiede la documentazione in formato digitale (solo se previsto, con costo supplementare comprensivo anche del supporto USB)

Il sottoscritto, in qualità di titolare della documentazione sanitaria, delega

 ALLA RICHIESTA AL RITIRO:

il Sig. / Sig.ra _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ via _____

tel _____ Carta di Identità n° _____

Firma del titolare della documentazione richiesta: _____