

	Mod.72A.16	Rev. 0	Data Revisione 10/06/08
	<b>RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA</b>		

**INTESTATARIO**  
 Cognome.....Nome.....  
 nato/a a..... (Prov.....) il.....  
 indirizzo ..... n. .... città .....  
 prov. .... CAP ..... recapito telefonico .....  
 documento di identità ..... n. ....

**RICHIEDENTE (se persona diversa dall'intestatario)**  
 Cognome.....Nome.....  
 nato/a a..... (Prov.....) il.....  
 indirizzo ..... n. .... città .....  
 prov. .... CAP ..... recapito telefonico .....  
 documento di identità ..... n. ....  
*consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, **dichiara di essere:***

genitore esercente la patria potestà                       amministratore di sostegno  
 tutore\*     erede, in nome e per conto degli altri eredi  
 curatore\*     altro

*\* allegare provvedimento di nomina da parte del Giudice tutelare del tribunale*

**CHIEDE**

**copia conforme della cartella clinica** (€ 20,00)     **certificato di dimissione**     **certificato di ricovero**

La documentazione di riferisce al ricovero in  **Day Hospital** /  **Ricovero Ordinario** nel periodo dal ..... al .....

Desidero che la documentazione venga **rilasciata** a me o a persona espressamente delegata, che verrà a ritirarla all'URP nei giorni e negli orari stabiliti

Desidero che la documentazione venga **spedita** a mezzo raccomandata a/r (€ 5,00) al seguente indirizzo:

Cognome.....Nome.....  
 via..... N. .... Città .....  
 (Prov .....) CAP .....

**presa in visione di radiografie** (deposito di € 50,00) **eseguite durante il ricovero dal** ..... **al** .....

Roma, .....

IL RICHIEDENTE

*Ai sensi del D. Leg. 196/03 autorizzo il trattamento dei miei dati personali.*

<b>SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO</b> IN DATA ..... SONO STATE <b>CONSEGNATE</b> N. .... RADIOGRAFIE IN DATA ..... SONO STATE <b>RESTITUITE</b> N. .... RADIOGRAFIE IN DATA ..... È STATA <b>RITIRATA</b> LA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA	FIRMA DELL'ADDETTO _____ _____	NULLA OSTA DELLA DIREZIONE SANITARIA _____ _____	
	FIRMA DI CHI RITIRA _____		

**RICEVUTA**

La data odierna è stata presentata all'URP la richiesta di documentazione sanitaria (n. richiesta: ..... ) del Sig./Sig. ra ..... ed è stato versato l'importo di € .....

La documentazione potrà essere ritirata dal ..... all'Ufficio Accettazione - URP (tel 06 44 00 53 00) nei giorni dal lunedì al sabato (giovedì chiuso) dalle ore 8.30 alle 12.00.

Roma, .....

L'INCARICATO

**N.B.: le copie devono essere ritirate entro 60 giorni dalla data indicata; trascorso tale periodo le copie verranno distrutte e non si avrà diritto alla restituzione della cifra versata.**

**Le radiografie in visione devono essere riconsegnate entro SETTE giorni.**