

Ospedale Sacra Famiglia	RICHIESTA COPIA DOCUMENTI	Cod.Mod.IO34.01	Rev.3
Erba		Data:20/01/2015	
Direzione Sanitaria		Pag.1	Di 1

Il/la sottoscritto/a **richiedente** (grado di parentela se minore o erede)

.....
nato/a a il residente a

in via n. tel.

in qualità di:

diretto interessato **padre/madre/tutore del minore** **erede diretto** **altro**

minore

erede del/la defunto/a Sig./ra

muniti della dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà con la copia del documento d'identità del richiedente

nato/a a il

Chiede i seguenti documenti:

<input type="checkbox"/> Copia di Cartella Clinica	€ 12.00 alla consegna della richiesta fino a 20 fogli + € 0,15 per ogni ulteriore foglio al ritiro
<input type="checkbox"/> Copia Foglio Clinico di PS <input type="checkbox"/> Referto Medico <input type="checkbox"/> Vetrini in bianco	€ 6.00 alla consegna della richiesta
<input type="checkbox"/> Copia Esame di Emodinamica	€ 10.00 alla consegna della richiesta
<input type="checkbox"/> Altro	
<input type="checkbox"/> Spedizione delle copie dei documenti	Indirizzo:

Specifiche di esami

Cartella Clinica n°-.....	Reparto.....	Dal al
Cartella Clinica n°-.....	Reparto.....	Dal al
Cartella Clinica n°-.....	Reparto.....	Dal al

Foglio Clinico di PS	Esame n°.....	Del giorno.....
Referto Medico	Reparto	Del giorno.....
Vetrini in bianco	Esame n°.....	Del giorno.....

Ad uso: personale assicurativo medico altro.....

Il sottoscritto dichiara che quanto sopra corrisponde al vero ed **allega fotocopia del proprio documento d'identità**.
Per ulteriori informazioni telefonare al numero 031638209 ufficio ricoveri.

Data _____

Firma del Richiedente