

Ospedale Sacra Famiglia	RICHIESTA VISIONE DOCUMENTI	Cod.Mod.IO34.02	Rev.3
Erba		Data:28/11/19	
Direzione Sanitaria		Pag.1	Di 1

Il/la sottoscritto/ in qualità di : **Diretto interessato**

CHIEDE

Cognome..... **Nome**.....
nato/a a il residente a
in via n. tel.cell.....

Oppure in qualità di:

padre/madre/tutore del minore **tutore** **erede diretto (munito della dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà D.P.R. 28.12.2000, n.445 art. 47)**

Di:

Cognome..... Nome.....
nato/a ail

Chiede **in visione** i seguenti documenti:

<input type="checkbox"/> ECG	€ 77.00 di cauzione che vengono rimborsati alla restituzione dell'esame in visione.
<input type="checkbox"/> Ecografia	
<input type="checkbox"/> EEG	
<input type="checkbox"/> Vetrini laboratorio	
<input type="checkbox"/> Varie	

Esame n°-.....	Reparto	Dal al
Esame n°-.....	Reparto	Dal al

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 _____

Data di consegna _____

Data di reso _____

I dati riportati saranno trattati nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.