

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____

☐ **genitore del minore** _____ nato/a il _____
(allegare il MOD UAL 065 - AUTOCERTIFICAZIONE QUALITA' DI GENITORE)

☐ **per delega del/la Signor/la** _____ nato/a il _____
(allegare il MOD DSSG 100 - DELEGA)

CHIEDE

CARTELLA CLINICA/CD			
CARTELLE CLINICHE	REPARTO	SDO N°	COSTO
CD	ESAME	SDO N°	COSTO
CONSEGNA	RITIRO IN SEDE		
	SPEDIZIONE		
TOTALE EURO			

Indicare, per la documentazione richiesta in spedizione, l'indirizzo:

Sig./Sig.ra _____

Via _____ n° _____

CAP _____ Città _____ Provincia _____

Indicare, per la documentazione richiesta, recapito telefonico ed e-mail:

E-mail: _____

Cellulare: _____

(INVIO A/R: Nell'autorizzare codesto Istituto all'invio della documentazione sanitaria con le modalità precisate, il sottoscritto solleva l'istituto da ogni responsabilità per l'eventuale lettura da parte di terzi, deterioramento, sottrazione della cartella clinica/CD e quant'altro inerente le modalità di trasmissione).

Data _____ Firma _____