

Cooperativa Sociale e di Lavoro Operatori Sanitari Associati



DIREZIONE SANITARIA

MR-33-04-01

MODULO DI RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Emissione

REV 00

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il ___/___/____
Codice Fiscale _____

Residente in _____
Telefono _____ Email/PEC _____

in qualità di:

- Interessato
- Genitore esercente la responsabilità genitoriale
- Tutore / Amministratore di sostegno
- Delegato
- Erede avente titolo
- Altro _____

CHIEDE

il rilascio della seguente documentazione sanitaria:

- Intera cartella clinica
- Documentazione infermieristica
- PAI (Piano Assistenziale Individualizzato)
- Referti e certificazioni
- Documentazione riabilitativa
- Altro _____

Relativa al servizio/struttura _____

Periodo di assistenza/ricovero dal ___/___/____ al ___/___/____

Modalità di consegna richiesta:

- Ritiro a mano
- PEC
- Raccomandata A/R
- Altro _____

Allega:

- Documento di identità
- Delega (se applicabile)
- Titolo legittimante (tutela, ADS, ecc.)

Data _____

Firma _____