



## RICHIESTA COPIA CARTELLA PAZIENTE

## GENERALITA' DELL'INTESTATARIO

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

In Vita  SI  NO

Nato/A il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Città' \_\_\_\_\_

Residente In Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Citta' \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_

## DATI RELATIVI AL TIPO DI ESAME EFFETTUATO

Tipo di Esame \_\_\_\_\_ effettuato in data \_\_\_\_\_

## GENERALITA' DEL RICHIEDENTE

## DIRETTO INTERESSATO - ALTRO SOGGETTO

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Città' \_\_\_\_\_

Residente In Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Citta' \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_

Cel \_\_\_\_\_

Tel. Abitazione \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

Avvalendomi delle disposizioni di cui all'art. 46 del DPR 28.12.2000 n.445, consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni previste dal CPP e dalle Leggi speciali in materia, sotto la mia responsabilità

DICHIARO di essere:

Genitore (esercitante la patria potestà)  Tutore Minore Emancipato (previa esibizione di idonea certificazione)  Erede Erede legittimo  Erede testamentario 

dell'intestatario deceduto il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ numero testamento \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

Tipo Documento allegato \_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ Scad. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## MODALITA' DI RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE

Ritiro da parte dell'interessato \_\_\_\_\_

Ritiro da parte di persona delegata \_\_\_\_\_

Invio per posta all'indirizzo \_\_\_\_\_

Data della richiesta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma del Richiedente \_\_\_\_\_

**Importante: Allegare copia documento di identità in corso di validità.**