

RICHIESTA DI COPIA DOCUMENTI SANITARI ADI

Alla Direzione Sanitaria

Il/La sottoscritto/a _____

Residente _____ Cap _____ Prov _____

Via/piazza _____ n° _____

Documento d'identità n° _____

Tel (campo obbligatorio) _____

Chiede in qualità di:

- Assistito;
- Tutore/curatore di persona interdetta o inabilitata;
- Amministratore di sostegno con delega specifica alla tutela della salute;
- Erede legittimo/erede testamentario;
- Altro _____

Copia conforme della documentazione clinica di:

Cognome e nome _____ Sesso [M] - [F]

Nato a _____ il _____

Documento d'identità n° _____ Codice fiscale _____

Assistito presso _____

(firma del richiedente)

TIPO DI RITIRO

- Direttamente presso Servizio Segreteria Ospiti;
- All'indirizzo del richiedente.

NOTA: in caso di Tutore, amministratore o erede, è richiesta la specifica delega inerente all'assistito, previo consenso dell'ATS, oltre a copia del documento di identità.