

RICHIESTA DI COPIA FASAS

Alla Direzione Sanitaria

Il/La sottoscritto/a _____
Residente _____ Cap _____ Prov _____
Via/piazza _____ n° _____
Documento d'identità n° _____
Tel (campo obbligatorio) _____

Chiede in qualità di :

Ospite

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 _____
Ricovertato presso il reparto _____

(firma del richiedente)

TIPO DI RICHIESTA

Accelerata	(10 gg. lavorativi).	€ 35,00
Ordinaria	(20gg lavorativi)	€ 20,00

TIPO DI RITIRO

Direttamente presso Servizio Segreteria Ospiti
All'indirizzo del richiedente