



Il/La sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____
telefono _____ e-mail _____ (leggibile)

CHIEDE (spuntare il quadratino corrispondente alle richieste)

la copia della propria **Cartella Clinica**
 la copia **Cartella Clinica** del figlio/a _____ nato il _____
 di cui ne dichiara la potestà genitoriale
 la copia **Cartella Clinica** del Sig./a _____ nato il _____
 e allega la delega con documento del delegante e del delegato
 Copia conforme **Copia semplice** **ricovero del** _____

la copia del proprio **Referto ambulatoriale** **diagnostica** **PS**
 la copia **Referto ambulatoriale** del figlio/a _____ nato/a il _____
 di cui ne dichiara la potestà genitoriale **diagnostica** **PS**
 la copia **Referto ambulatoriale** del Sig./a _____ nato/a il _____
 e allega la delega con documento del delegante e del delegato **diagnostica** **PS**
 Copia conforme **Copia semplice** **prestazione del** _____

la propria copia di: **Rx** **Rmn** **Tac** **altro.....** in lastra in CD
 effettuato/i il _____ parte del corpo _____
 la copia del figlio/a _____ **Rx** **Rmn** **Tac** **altro.....** in lastra in CD
 Effettuato/i il _____ parte del corpo _____ di cui ne dichiara la patria potestà
 la copia del Sig./a _____ **Rx** **Rmn** **Tac** **altro.....** in lastra in CD
 Effettuato/i il _____ parte del corpo _____
 e allega la delega con documento del delegante e del delegato

Propria Radiografia in visione effettuata il _____ parte del corpo _____
 Radiografia in visione effettuata il _____ parte del corpo _____
 del figlio/a _____ nato/a il _____ di cui ne dichiara la potestà genitoriale
 Radiografia in visione effettuata il _____ parte del corpo _____
 del Sig./a _____ nato il _____ con delega e documento delegante e delegato

DICHIARANDO

che ritira di persona con documento valido d'identità o, se impossibilitato, ritira persona delegata con proprio documento d'identità nonché copia del documento del delegante.
 di volere la spedizione al seguente indirizzo:
 Via _____ n. _____

c.a.p. _____ città _____ prov. _____ TEL. _____

N.B.: la spedizione può essere chiesta dal titolare della documentazione clinica tramite il presente modulo o da persona delegata (allegare delega).

di volere la consegna via web (servizio disponibile solo per i ricoveri dal 1975 a tutt'oggi)

Solo copia semplice

ALLEGARE copia documento di identità del richiedente/ del delegato

Bologna, _____ FIRMA _____