

RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

REP. c/c

COGNOME NOME

NATO A PROV. () IL / /

DOCUMENTO (In corso di validità)

TEL.

IN QUALITÀ DI:

TITOLARE GENITORE ESERCENTE PATRIA POTESTÀ TUTORE AMMINISTRATORE EREDE

RICHIESTE COPIA DI CARTELLA CLINICA DI RICOVERO ORDINARIO/DAY SURGERY **€ 45,00**

CON RITIRO PRESSO L'OSPEDALE CON SPEDIZIONE CON INVIO TELEMATICO (PREVIO CONSENSO)

CARTELLA CLINICA AMBULATORIALE (APA)/PRONTO SOCCORSO: **€ 35,00**

CON RITIRO PRESSO L'OSPEDALE CON SPEDIZIONE CON INVIO TELEMATICO (PREVIO CONSENSO)

DATA ACCESSO DI PRONTO SOCCORSO / /

DATA 1° VISITA / /

DATA / / FIRMA

DELEGA PER RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

IL SOTTOSCRITTO NATO A

PROV. () IL / / RESIDENTE A

VIA NR.

COME DA COPIA ALLEGATA DI DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA' IN QUALITA' DI INTESTATARIO DELLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA:

DELEGO:

IL SIGNOR/ LA SIGNORA AL RITIRO DELLA MIA DOCUMENTAZIONE

SANITARIA GIUSTA COPIA DEL DI LEI/LUI ALLEGATO DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITÀ.

DOCUMENTO

DATA / / FIRMA DELEGANTE

COMPILARE IN CASO DI INVIO TELEMATICO

AUTORIZZO LA STRUTTURA AD INVIARE ATTRAVERSO LA PIATTAFORMA DIGITALE SANITBOOK LA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA.

AUTORIZZO AL TRATTAMENTO DEI DATI IN FORMATO DIGITALE PER LE FINALITA' LEGATE ALL'INVIO AI SENSI DEL D.LGS 196/2003 E GDPR 679/16

E-MAIL DI ISCRIZIONE ALLA PIATTAFORMA SANITBOOK

COMPILARE IN CASO DI SPEDIZIONE POSTALE

COGNOME NOME

LUOGO COMUNE ()

VIA/PIAZZA NR. CAP

ORARIO APERTURA AL PUBBLICO

LUN/VEN 9.00-13.00 - SAB 9.00-12.00

RECAPITI UFFICIO RICOVERI EMAIL:

ricoveri-scn@gvmnet.it - Tel. 0639976248