

Direzione Sanitaria	<b>RICHIESTA VISIONE DOCUMENTAZIONE SANITARIA</b>	Cod.Mod.IO34.02 del 15.01.2024 Rev. 04
---------------------	---	--

Il/la sottoscritto/ in qualità di: **Diretto interessato**

**Cognome**..... **Nome** .....  
nato/a a ..... il ..... residente a .....  
in via ..... n. .... tel. .... cell. ....

Oppure in qualità di:

**padre**     **madre**     **tutore del minore**     **tutore**     **erede diretto**  
**(munito della dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà D.P.R. 28.12.2000, n.445 art. 47)**

Cognome..... Nome.....  
nato/a a ..... il .....

Chiede **in visione** i seguenti documenti:

- ECG - 77.00 di cauzione che vengono rimborsati alla restituzione dell'esame in visione.
- Ecografia - 77.00 di cauzione che vengono rimborsati alla restituzione dell'esame in visione.
- EEG - 77.00 di cauzione che vengono rimborsati alla restituzione dell'esame in visione.
- Vetrini laboratorio - 77.00 di cauzione che vengono rimborsati alla restituzione dell'esame in visione.
- Varie - 77.00 di cauzione che vengono rimborsati alla restituzione dell'esame in visione.

Esame n°..... Reparto..... Dal ..... al .....

Esame n°-..... Reparto ..... Dal ..... al .....

Ad uso:         personale         assicurativo         medico         altro.....

Il sottoscritto dichiara che quanto sopra corrisponde al vero ed allega **fotocopia del proprio documento d' identità**.  
Per ulteriori informazioni telefonare al numero 031638209 ufficio ricoveri.

Data\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Richiedente

Data di consegna\_\_\_\_\_

Data di reso \_\_\_\_\_

*I dati riportati saranno trattati nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.*