



RICHIESTA DUPLICATO PRESTAZIONI AMBULATORIALI (esclusi MAC e BOCA)

Io sottoscritto/a _____ nato/a il _____

Tel _____ cell. _____ mail _____

Documento di identità n° _____ rilasciato da _____

di cui allego copia fronte/retro, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000. **NOTA:** Il sottoscritto ai sensi del D. Lgs. 196/03 (codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

DICHIARO DI ESSERE

l'intestatario della documentazione sanitaria altro _____

* persona delegata * tutore/amministratore di sostegno * genitore * erede legittimo

**per i campi contrassegnati è obbligatorio fornire copia del documento dell'intestatario della documentazione o certificato di morte.*

RICHIEDO DUPLICATO DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Tipo di esame eseguito _____ Data di esecuzione _____

Del Sig./Sig.ra (indicare se diverso dal richiedente) _____ nato/a il _____

referto cartaceo (n° copie)

duplicato CD (n° copie)

duplicato lastre (n° copie)

duplicato lastre in sostituzione CD (solo in fase di esecuzione esame)

RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE

ritiro referti di via Marcona, 69 (7 gg. lavorativi).

ritiro referti di via Dezza, 48 (7 gg. lavorativi).

servizio di spedizione tramite corriere al seguente indirizzo _____

servizio di spedizione via mail con **posta crittografata** (5 gg. Lavorativi – Possibile solo per il referto cartaceo).

Milano, _____

_____ **FIRMA DEL RICHIEDENTE**

DELEGA AL RITIRO DEL DUPLICATO

Con la presente Il/La sottoscritto/a..... (cognome, nome)

DELEGA

Il/la Sig./ra..... identificabile in base al documento:.....

N° Rilasciato da al ritiro del duplicato della documentazione sanitaria sopra indicato, liberandola da ogni responsabilità, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000. La delega deve essere accompagnata da fotocopia del documento di identità del delegante e del delegato. Entrambi i sottoscritti, ai sensi del D.Lgs 196/03, acconsentono che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

(Firma del delegante)

(Firma del delegato)

SPAZIO A CURA DEL PERSONALE DELLA CASA DI CURA IGEA

Richiesta eseguita in data: _____ Sigla operatore: _____ Evasa in data: _____ Sigla operatore: _____