



**Casa di Cura S. Maria Maddalena**  
Accreditata con il S.S.N.

**Modulo di richiesta copia documentazione sanitaria smarrita**

- COPIA REFERTO AMBULATORIALE  
 COPIA REFERTO ISTOLOGICO  
 REFERTO RADIOLOGICO CARTACEO E IN FORMATO CD-ROM

Io sottoscritto .....

Nato il ..... a .....

Residente in .....

Telefono .....

**CHIEDO**

Copia di referto .....  
 eseguito il .....

Inoltre:

**La spedizione al mio domicilio tramite corriere SDA (costo 10 euro)**  
 In questo caso, inoltre, ai sensi del Regolamento U.E. 2016/679, che regola il trattamento dei dati personali, dichiaro consapevolmente di accettare che il recapito dei suddetti referti clinici avvenga secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale che prevede la consegna anche a persona diversa dal destinatario presente al domicilio (es: familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc.).

**Delego al ritiro della copia il/la Sig/Sig.ra**

Santa Maria Maddalena, .....

Firma del richiedente

**Note:**

Coordinate Bancarie per il pagamento tramite bonifico:

Banca Intesa Fil. S. M. Maddalena IBAN: **IT42V0306963384100000000649**

La consegna del referto sarà evasa entro 7 giorni dalla richiesta.

Data ritiro fotocopia .....

Sig/Sig.ra ..... Tipo documento ..... N° .....

**N.B. Nel caso la richiesta venga inviata via Fax al numero 0425.768460 allegare una fotocopia del documento d'identità.**

**Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione**

**(art. 46 T.U. - D.P.R. n.445 del 28/12/2000)**

Il/La sottoscritto/a cognome ..... nome.....

nato/a a .....prov ..... il ...../..... /..... residente in

Via ..... n. .... a .....

prov. .... cap ..... tel .....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del DPR 28/12/2000, n.445,

**DICHIARA  
 DI ESSERE LEGITTIMO EREDE DI:**

Cognome/nome .....  
 nato/a ..... prov ..... il ...../..... /.....  
 e deceduto/a in data .....

**DICHIARA  
 DI AVERE LA QUALITA' DI TUTORE O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO DI:**

Cognome/nome .....  
 nato/a ..... prov ..... il ...../..... /.....  
 residente a ..... in Via .....

**ESTREMI DEL PROVVEDIMENTO DI TUTELA O AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO:**  
**data di emissione:** ..... **R.G.:** ..... **REP:** .....  
**Tribunale di:** .....

**DICHIARA  
 DI ESSERE GENITORE ESERCENTE LA PATRIA POTESTA' DI:**

Cognome/nome .....  
 nato/a ..... prov ..... il ...../..... /.....

**e in caso di separazione o divorzio**

il sottoscritto dichiara espressamente di essere nel pieno diritto di poter richiedere la cartella clinica del minore senza ledere diritti o prerogative dell'altro genitore.

Santa Maria Maddalena, li .....

**(Allegare sempre documento di identità)**

**(Firma del dichiarante)**