



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia
ASST Lariana

Direzione Sanitaria

**UOC Direzione Medica di Presidio
PO Menaggio**

Direttore f.f.: dr.ssa Elena Amina Scola

dmp.menaggio@asst-lariana.it

Telefono 0344.33496 - Fax 0344.30083

Telefono Ufficio Cartelle Cliniche 0344-33257

Nr. _____

RICHIESTA RILASCIO COPIA REFERTO MEDICO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il ____/____/____

Residente in _____ Via _____ n° _____ Tel. _____

☐ Intestatario ☐ Esercente la patria potestà ☐ Erede ☐ Legale Rappresentante ☐ Tutore delegato ☐ Altro

Chiede il rilascio di copia del referto medico

Dati anagrafici titolare documentazione richiesta (anagrafica paziente)

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il ____/____/____ Tel. _____

Residente in _____ Via _____ n° _____

Referto di _____

Il sottoscritto ha dichiarato tutto quanto sopra, consapevole delle responsabilità penali previste dal DPR 445/2000, inoltre, acconsente ai sensi del D.Lgs. 196/2003, che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge; dichiara altresì di aver letto la nota informativa, che è parte integrante della presente richiesta.

Data _____

Firma _____ (firma di chi presenta la richiesta)

Delega e autorizzazione per la presentazione della richiesta/ritiro della documentazione

Dichiaro di delegare/autorizzare il/la Sig./ra _____

☐ ad inoltrare la presente richiesta ☐ al ritiro della documentazione sanitaria richiesta

Data _____ Firma _____ (firma del paziente)

In ottemperanza alle vigenti normative, prima di ritirare il documento in alleato alla presente richiesta, verificare che i dati corrispondano, in quanto la diffusione dei dati contenuti nella busta è perseguibile sia ai sensi dell'art. 616 c.p. che ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003

Data del ritiro _____

Firma per il ritiro _____

Da compilare solo per la spedizione a domicilio (spese a carico del destinatario)

Indirizzo presso il quale si desidera ricevere la documentazione richiesta a mezzo posta:

Firma per richiesta spedizione _____

E' Obbligatorio allegare documento di riconoscimento valido dell'avente diritto ed eventuale delegato