

**RICHIESTA DI COPIA
DI REFERTO/CARTELLA
AMBULATORIALE O ALTRA
DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Cremona, lì _____

Spett.le
Direzione Medica
Presidio Ospedaliero di Cremona
Largo Priori 1
26100 CREMONA

Fax: 0372 405 620 e-mail: ufficio.referti.cup@asst-cremona.it

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____
nato/a a _____ il _____
residente in _____ via _____ n. _____ CAP _____
tel. _____ cell. _____ fax _____,
identificato/a con il seguente documento d'identità _____

CHIEDO

il rilascio di copia della seguente documentazione sanitaria

intestata a:
Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il _____ residente in _____
via _____ n. _____ CAP _____

MOTIVAZIONE (campo non obbligatorio)

--

**RICHIESTA DI COPIA DI REFERTO/CARTELLA AMBULATORIALE O ALTRA
DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Chiedo che la documentazione venga spedita a mezzo raccomandata r.r.

SI'

NO

Al seguente indirizzo: Cognome _____ Nome _____

via _____ n. _____ Comune _____

Prov. _____ CAP _____

FIRMA

ALLEGATI: *(barrare le caselle che interessano)*

- ☐ Documento di identità del richiedente (se richiesta inviata via fax o per posta)
- ☐ Atto di delega del titolare e fotocopia del documento d'identità dello stesso
- ☐ Dichiarazione sostitutiva di certificazione o di atto notorio che attesti la qualità di persona legittimata a richiedere i documenti per conto dell'intestatario
- ☐ Ricevuta di pagamento dei diritti di copia (bolla n. _____)
- ☐ Altro: _____

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

Data richiesta

Data prevista consegna
