



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

CHIEDE (spuntare il quadratino corrispondente alle richieste)

la copia della propria **Cartella Clinica**
 la copia **Cartella Clinica** del figlio/a _____ nato/a il _____
 di cui ne dichiara la patria potestà
 la copia **Cartella Clinica** del Sig./ra _____ nato/a il _____

la copia del proprio **Referto ambulatoriale**
 la copia **Referto ambulatoriale** del figlio/a _____ nato/a il _____
 di cui ne dichiara la patria potestà
 la copia **Referto ambulatoriale** del Sig./ra _____ nato/a il _____

la propria copia di: Rx Rmn Tac altro..... in lastra in CD
 effettuate il _____ parte del corpo _____
 la copia del figlio/a _____ nato/a il _____
 Rx Rmn Tac altro..... in lastra in CD
 effettuate il _____ parte del corpo _____
 di cui ne dichiara la patria potestà
 la copia del Sig./ra _____ nato/a il _____
 Rx Rmn Tac altro..... in lastra in CD
 effettuate il _____ parte del corpo _____

Propria **Radiografia** in visione effettuate il _____ parte del corpo _____
 Radiografia in visione effettuate il _____ parte del corpo _____
 del figlio/a _____ nato/a il _____ di cui ne dichiara la patria potestà
 Radiografia in visione effettuate il _____ parte del corpo _____
 del Sig./ra _____ nato/a il _____

MODALITA' PER IL RITIRO

Il titolare della documentazione clinica verrà a ritirare di persona con documento valido d'identità o persona con delega con proprio documento d'identità nonchè copia del documento del delegante.

Il titolare della documentazione clinica chiede la spedizione in contrassegno ad indirizzo diverso dalla residenza:

Via _____ n. _____
 c.a.p. _____ città _____ prov. _____ TEL. _____

N.B.: la spedizione ad indirizzo diverso dalla residenza può essere chiesta solo dal titolare della documentazione clinica tramite presente modulo o tramite lettera o fax allegando copia di un documento di riconoscimento

Bologna, _____ FIRMA _____

ALLEGARE copia documento di identità del richiedente.