



FONDAZIONE
OPERA PIA LAVATORI MARIANI

MODULO RICHIESTA DOCUMENTAZIONE CLINICA

Il/la sottoscritto/a _____

Sesso:

- M
- F
- Altro: _____
-

Nato a: _____ Provincia: _____

Il: _____ Codice fiscale: _____

Residente a: _____ Provincia: _____

Via: _____ Numero: _____

Domicilio (compilare solo se diverso dalla residenza)

Città: _____ Provincia: _____

Via: _____ Numero: _____

In qualità di:

- Ospite
- Altro: _____

Dati anagrafici del titolare della documentazione (compilare solo nel caso di scelta della seconda opzione):

Cognome: _____ Nome: _____

Sesso:

- M



FONDAZIONE
OPERA PIA LAVATORI MARIANI

- F
- Altro: _____

Nato a: _____ Provincia: _____

Il: _____ Codice fiscale: _____

Residente a: _____ Provincia: _____

Via: _____ Numero: _____

Domicilio (compilare solo se diverso dalla residenza)

Città: _____ Provincia: _____

Via: _____ Numero: _____

Richiede copia della seguente documentazione:

a) Copia della cartella clinica risalente al periodo dal ____/____/____ al
____/____/____

b) Altra documentazione (specificare):

- _____
- _____
- _____
- _____

Modalità di ritiro della documentazione:

- Personalmente
- Persona delegata al ritiro
- Mediante posta elettronica certificata od ordinaria all'indirizzo e-mail:

Mediante spedizione postale all'indirizzo:



FONDAZIONE
OPERA PIA LAVATORI MARIANI

Nel caso di delega al ritiro (compilare solo nel caso di scelta dell'opzione):

Nome e cognome del delegato: _____

Firma del delegante: _____

Trecastelli, il ____/____/____

Firma del richiedente: _____

PARTE RISERVATA ALL'ENTE

Data e firma dell'operatore che riceve il documento:

Documento realizzato con il supporto tecnico di Tech4Care S.R.L.

