

RICHIESTA COPIA DI REFERTO AMBULATORIALE

La/Il sottoscritto/a _____
nata/o a _____ il ___/___/_____, chiede che le/gli venga
rilasciata copia del Referto Ambulatoriale relativo alla visita/prestazione effettuata presso l'Ambulatorio di:
_____ dal Dott. _____
il ___/___/_____

Data ___/___/20___ firma _____

N.B. Al momento del ritiro della copia del Referto Ambulatoriale è necessario esibire un documento di identità valido che sarà fotocopiato ed allegato agli atti.

DELEGA PER IL RITIRO DI COPIA DEL REFERTO AMBULATORIALE

1. La/Il sottoscritto/a _____
nata/o a _____ il ___/___/_____ delega la/il
Signora/e _____ nata/o a _____
il ___/___/_____ al ritiro di copia del Referto Ambulatoriale relativo alla Visita/Prestazione effettuata
come sopra specificato liberando con ciò la Casa di Cura Villa Berica S.p.A. da qualsiasi responsabilità.
Data ___/___/20___ firma _____

N.B. Alla presentazione della delega, firmata dal delegante, si deve allegare fotocopia del documento di identità valido del delegante, ferma restando la presentazione di un documento di riconoscimento valido del delegato che sarà fotocopiato ed allegato alla richiesta.

RICHIESTA COPIA DEL REFERTO AMBULATORIALE DA PARTE DI EREDI/TUTORI/CURATORI

La/Il sottoscritto/a _____
nata/o a _____ il ___/___/_____ quale:
 Familiare/Parente/Affine avente titolo di Erede Tutore/Curatore
chiede che le/gli venga rilasciata copia del Referto Ambulatoriale della/del
Signora/e _____ nata/o il ___/___/_____, relativa alla visita/prestazione effettuata
presso l'Ambulatorio di:
_____ dal Dott. _____ il ___/___/_____
Data ___/___/20___ firma _____

N.B. Documenti da esibire al ritiro della copia del Referto Ambulatoriale e da allegare in copia agli atti:

- Famigliare/Parente/Affine avente titolo di erede: a) dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante il titolo di erede **autenticata in Comune** b) documento di identità valido
- Tutore/Curatore: a) provvedimento giudiziale di nomina b) documento di identità valido

Data e Firma del Medico che rilascia il referto _____

MODALITÀ' DI RITIRO DELLA COPIA DEL REFERTO

- RITIRA IL PAZIENTE
- DELEGA ALTRI
- DESIDERA RICEVERE PER POSTA