

## RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Spett.le URP MEDITEL

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via/p.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali ed amministrative previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni false o uso/esibizione di documenti falsi o dati non corrispondenti al vero;

### RICHIEDE COPIA DI

REFERTO DELL'ESAME / VISITA       CD DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Data esecuzione visita / esame \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Tipologia visita / esame \_\_\_\_\_

Relativa a sé stesso/a

Relativa al / alla Sig. / Sig.ra

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via/p.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

### IN QUALITÀ DI:

*compilare solo se la documentazione si riferisce a persona richiesta dal richiedente*

GENITORE / ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE *(allegare autocertificazione)*

TUTORE *(allegare provvedimento di nomina)*

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO *(allegare provvedimento di nomina)*

EREDE *(allegare dichiarazione sostitutiva atto di notorietà)*

DELEGATO DEL TITOLARE *(allegare delega, copia documento d'identità del titolare e del delegato)*

Data della richiesta \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

N° Documento d'identità \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_

Ritiro avvenuto il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Firma per esteso di chi ha ritirato \_\_\_\_\_

N° Documento d'identità \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_

### BIANALISI S.p.A.

Sede Legale: Via San Rocco 42/44 - 20851 Lissone (MB)

Sede Operativa: Via Vincenzo Alliata 1 - 21047 Saronno (VA)

Cod. Fisc. 02235840150 - P. IVA 00731780961 - REA MB 757881 - Cap. Soc. € 70.000

Tel: 02 962821 - E-mail: [posta.meditel@bianalisi.it](mailto:posta.meditel@bianalisi.it) - PEC: [bianalisi@pec.eleusi.at](mailto:bianalisi@pec.eleusi.at) - Sito Web: [meditel-group.it](http://meditel-group.it)

**MODULO DELEGA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il / / \_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via/p.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

**DELEGA**

Il/La Sig. / Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il / / \_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via/p.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

**A RICHIEDERE / RITIRARE**

PER MIO CONTO, LA COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA.

Firma \_\_\_\_\_

*Allegare copia di un documento d'identità*

Luogo \_\_\_\_\_ Data / / \_\_\_\_\_

**BIANALISI S.p.A.**

Sede Legale: Via San Rocco 42/44 - 20851 Lissone (MB)

Sede Operativa: Via Vincenzo Alliata 1 - 21047 Saronno (VA)

Cod. Fisc. 02235840150 - P. IVA 00731780961 - REA MB 757881 - Cap. Soc. € 70.000

Tel: 02 962821 - E-mail: [posta.meditel@bianalisi.it](mailto:posta.meditel@bianalisi.it) - PEC: [bianalisi@pec.eleusi.at](mailto:bianalisi@pec.eleusi.at) - Sito Web: [meditel-group.it](http://meditel-group.it)