



MODULO
RICHIESTA COPIA CONFORME
DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Cod.:MOD6PG02

Data: 19/01/2024

Rev. 1

Pagina 1 di 1

Il/La sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il ___/___/___

residente in _____ via _____ n° _____ CAP _____

Cod. Fisc. _____

telefono fisso _____ telefono cell _____

email _____

Richiede il rilascio della copia conforme della propria documentazione sanitaria relativa alla
prestazione _____

effettuata: dal ___/___/___ al ___/___/___.

Richiede che la stessa gli venga spedita, a mezzo posta raccomandata, al seguente indirizzo:

Via _____ n° _____

CAP _____ Località _____ Prov _____

DELEGA

Delega a ritirare, per suo conto, la copia conforme della documentazione

il sig. / la sig.ra Cognome _____ Nome _____

Tipo documento d'identità _____ Numero _____

data ___/___/___ firma _____

Il ritiro di persona o tramite delegato - dal Lunedì al Venerdì (8:00-12:00 / 14.00 – 19.30) presso il Centro, Via Delleani 15 - o la spedizione a mezzo posta raccomandata della copia conforme della documentazione viene garantito a partire dal 7° giorno dalla data della richiesta.