



Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Lariana

Direzione Medica Presidio Ospedaliero Cantù/Mariano Comense

Direzione Sanitaria

Direttore f.f.: dott.ssa Elena Amina Scola

Presidio Sant'Antonio Abate di Cantù:

Telefono 031.799.354 - Fax 031.799.479

dmp.cantu@asst-lariana.it

Presidio Polispecialistico Felice Villa di Mariano Comense:

Telefono 031.755.231 - Fax 031.755.230

dmp.mariano@asst-lariana.it

Prot.n. \_\_\_\_\_

**Data Ritiro** \_\_\_\_\_

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

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Carta Identità \_\_\_\_\_

- Esercente la patria potestà Intestatario Erede Legale Rappresentante Tutore delegato
- Altro \_\_\_\_\_

**Chiede il rilascio di Verbale di Pronto Soccorso**

Dati anagrafici titolare documentazione richiesta (anagrafica paziente)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_

Carta Identità \_\_\_\_\_

**Delega e autorizzazione per la presentazione della richiesta /ritiro della documentazione**

**Dichiaro di delegare il/la Sig./ra**

☐ ad inoltrare la presente richiesta

☐ al ritiro della documentazione richiesta

data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ (firma del paziente)

Il sottoscritto ha dichiarato tutto quanto sopra, consapevole delle responsabilità penali previste dal DPR 445/2000, inoltre, acconsente ai sensi del D.Lgs.196/2003, che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge; dichiara altresì di aver letto la nota informativa, che è parte integrante della presente richiesta.

In ottemperanza alle vigenti normative, prima di ritirare il documento in allegato alla presente richiesta, verificare che i dati corrispondano, in quanto la diffusione dei dati contenuti nella busta è perseguibile sia ai sensi dell'art.616 c.p. che ai sensi del D.Lgs: n. 196/2003

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ (firma di chi ritira)

**DA COMPILARE SOLO PER LA SPEDIZIONE A DOMICILIO (Spese a carico del destinatario)**

**Indirizzo presso il quale si desidera ricevere la documentazione richiesta a mezzo posta**

Firma per spedizione \_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO**

Verbale n. \_\_\_\_\_

Ricovero dal \_\_\_\_\_

al \_\_\_\_\_

**E'obbligatorio allegare documento di riconoscimento valido dell'avente diritto ed eventuale delegato**