



Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia
ASST Lariana

Ritiro della Documentazione

Luogo, data _____

Firma di chi ritira _____

Spazio riservato all'ufficio – Registro n. _____

/

RICHIESTA RILASCIO COPIA REFERTI / DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

(scrivere in stampatello leggibile)

La/il sottoscritta/o _____ Data di Nascita: ____/____/____

Documento d'Identità Numero _____ Scadenza ____/____/____ Rilasciato da _____

C.F. _____ Telefono _____ Mail _____

	Interessato (paziente)
--	------------------------

OPPURE IN QUALITA' DI (barrare la voce d'interesse)

	Esercente la responsabilità genitoriale - (allegare atto sostitutivo notorietà minori)
	Tutore - Curatore - Amministratore di sostegno (allegare documentazione comprovante il diritto)
	In qualità di delegato - (allegare modulo di delega)
	Erede - (allegare atto sostitutivo notorietà deceduti)
	Altra persona avente un diritto della personalità o di un altro diritto o libertà fondamentale che vuole esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria ex art. 92 del D.Lgs 196/2003, così come modificato dal D.Lgs 101/2018 – INSERIRE LA MOTIVAZIONE :

CHIEDE (barrare la voce d'interesse e completare le informazioni)

	Referto ambulatoriale	Presidio di esecuzione esame
	Tipologia esame: _____ data: _____	
	Tipologia esame: _____ data: _____	
	Tipologia esame: _____ data: _____	
	Referto estratto dalla Cartella Clinica / Verbale Pronto Soccorso –	Presidio di ricovero
	Tipologia esame: _____ ricovero del: _____	
	Tipologia esame: _____ ricovero del: _____	
	Tipologia esame: _____ ricovero del: _____	
	Diagnostica per immagini	Presidio di esecuzione esame
	Tipologia esame: _____ data: _____	
	Tipologia esame: _____ data: _____	
	Tipologia esame: _____ data: _____	

DEL PAZIENTE (da compilare se il richiedente è diverso dall'interessato/paziente)

La/il sottoscritta/o _____ Data di Nascita: ____/____/____

Documento d'Identità Numero _____ Scadenza ____/____/____ Rilasciato da _____

C.F. _____ Telefono _____ Mail _____

NELLA SEGUENTE MODALITA'

RITIRO presso (barrare punto di ritiro)			
☐ San Fermo della Battaglia (banco informazioni)	☐ Cantù (ufficio cartelle cliniche)	☐ Mariano (ufficio cartelle cliniche)	☐ Menaggio (ufficio cartelle cliniche)
INVIO RACCOMANDATA A/R CON CONTRASSEGNO – indirizzo spedizione:			

La/il sottoscritta/o, dichiara quanto sopra ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione e/o uso di atti falsi, di cui all'art. 76 del medesimo decreto.

La/il sottoscritta/o, dichiara di aver letto e compreso l'informativa dell'ASST Lariana ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679 (informativa consultabile all'indirizzo <https://www.asst-lariana.it/v2/download/?file=2938>)

Luogo e data:

Firma del richiedente