



*Modulo per la richiesta di copia Certificazione (referto) di Pronto Soccorso*

**Alla Direzione Medica di Presidio**

\_I\_ Sottoscritt \_\_\_\_\_

abitante a \_\_\_\_\_

in Via/Piazza \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico \_\_\_\_\_

Chiede il rilascio di copia della certificazione (referto) di Pronto Soccorso

Relativo alla/e prestazione/i eseguite in data \_\_\_\_\_

a favore del \_ Sig. \_\_\_\_\_

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

domiciliato a \_\_\_\_\_

Dichiara di essere informato che:

- Il costo della copia del Certificato di Pronto Soccorso è pari a €10,33
- Copia della documentazione sanitaria è rilasciata agli aventi diritto (titolare ovvero eredi legittimi in caso di decesso dello stesso) previa attestazione della titolarità
- Copia della documentazione sanitaria potrà essere rilasciata a persona diversa purché munita di delega del titolare e copia del documento di identità proprio e del delegante
- Il mancato ritiro entro mesi 6 dall'approntamento comporterà l'invio alla distruzione della copia prodotta

Data ..... Firma del richiedente.....

Riservato all'ufficio

\_I\_ Signor \_\_\_\_\_

identificato a mezzo documento \_\_\_\_\_

Titolare/Avente diritto

Delegato

ha ritirato copia della documentazione sanitaria richiesta in data \_\_\_\_\_