



OSPEDALE FATEBENEFRATELLI E OFTALMICCO
Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
PRESIDIO OSPEDALIERO FATEBENEFRATELLI E OFTALMICO

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 _____