

DA INVIARE VIA PEC ALL'INDIRIZZO
direzionesanitariavillajuliesri@pec.it

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Nato/a a Il

tel PEC

IN QUALITÀ DI

O INTESTATARIO

O GENITORE ESERCENTE LA PATRIA POTESTÀ SUL MINORE/TUTORE LEGALE/EREDE/ALTRO

NOME/COGNOME

Nato/a a Il

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci e punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000.

CHIEDE
COPIA DELLA CARTELLA CLINICA DIGITALIZZATA
(file PDF inviabile solo via PEC)

DATA DELLA PRESTAZIONE DATA DI USCITA

REPARTO/AMBULATORIO

Si allega alla presente

- Copia bonifico di euro 30.00
- Copia conforme all'originale del documento di riconoscimento valido e leggibile fronte/retro, controfirmata ai sensi del D.P.R.445 del 28/12/2000
- Certificazioni di legge attestanti la titolarità del richiedente se diverso dall'intestatario
- Delega del titolare e copia conforme all'originale del documento del delegato (da allegare se l'indirizzo Pec non appartiene al titolare della documentazione sanitaria).

Autorizzo la spedizione della documentazione all'indirizzo sopra riportato.
Autorizzo la spedizione della Documentazione digitalizzata all'indirizzo PEC sopra riportato, dal quale è pervenuta la presente richiesta.

IL RICHIEDENTE.....