

Data richiesta _____

Al Direttore Medico del P.O. di Foligno

Il sottoscritto/a _____, nato a _____,
 il _____, residente a _____, tel. _____

chiede il rilascio di copia della sotto indicata Cartella Clinica/documentazione sanitaria

☐ riferita a se stesso

☐ riferita a (nome e cognome) _____ data di nascita _____

in qualità di

- ☐ Delegato *
- ☐ Tutore/amministratore di sostegno **
- ☐ Esercitante la rappresentanza legale **
- ☐ Legittimo erede **
- ☐ _____ **

impegnandosi a:

- 1) ritirarla entro trenta giorni dalla presente richiesta;
- 2) autorizzare codesta Azienda a trasmettere il documento, a mezzo contrassegno con spese a carico, al seguente indirizzo:

Sig. _____ Via _____
 CAP _____ Città _____ Prov. _____

TIPO DI DOCUMENTO	Data	Reparto/Servizio

Il documento richiesto sarà rilasciato decorsi 15 gg e non oltre 30 gg. dalla data della presente richiesta previo pagamento di €. _____ da effettuare

- presso ogni sportello C.U.P. di questa Azienda;
- tramite versamento su c/c postale n. **15514060**, intestato a AZIENDA U.S.L. UMBRIA2 – Servizio Tesoreria Foligno;
- tramite versamento sul c/c bancario IBAN **IT61W0631514405100000300039**, intestato alla Tesoreria dell' AZIENDA U.S.L. UMBRIA2, presso le Casse di Risparmio dell'Umbria.

Si precisa altresì che, trascorsi ulteriori 60 gg., il documento verrà spedito, in contrassegno, con spese a carico del destinatario.

Il Funzionario addetto

Il Richiedente

* copia di un valido documento d'identità (**delegante e delegato**) e delega

** copia di un valido documento d'identità e dichiarazione sostitutiva atto di notorietà (**autocertificazione**) attestante il proprio diritto