	RICHIESTA ATTESTATO/CERTIFICATO DI RICOVERO	MOD _ DSP FOL - richiesta att e cert ricovero
	DIREZIONE SANITARIA PRESIDIO OSPEDALIERO DI FOLIGNO	Rev. 00 del 13/1/2014

Io sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____

Nato/a il ___/___/___ a _____ Prov. _____

Residente a _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____ N _____

Telefono _____ E-mail (facoltativo) _____

Dichiaro di essere (barrare una casella, scrivere le informazioni richieste):

☐ diretto interessato

☐ genitore di minore (con potestà legale)**

☐ delegato*

☐ tutore/amministratore di sostegno**

☐ erede legittimo**

☐ esercitante la rappresentanza legale**

☐ altro**

di

Nome _____ Cognome _____

Nato/a il ___/___/___ a _____ Prov. _____

* 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

Chiedo l'attestato/certificato di ricovero

☐ con diagnosi

☐ senza diagnosi

per i seguenti motivi _____

relativo al ricovero c/o Reparto _____


Dal _____ al _____

Scelgo di

☐ ritirare l'attestato/certificato di ricovero di persona

☐ fare ritirare il certificato a una persona delegata (munita di copia di un valido documento d'identità di **delegante e delegato e delega**)

☐ autorizzare codesta Azienda a trasmettere il documento, a mezzo contrassegno con spese a carico, al seguente indirizzo:

	RICHIESTA ATTESTATO/CERTIFICATO DI RICOVERO	MOD _ DSP FOL - richiesta att e cert ricovero
	DIREZIONE SANITARIA PRESIDIO OSPEDALIERO DI FOLIGNO	Rev. 00 del 13/1/2014

(specificare solo se diverso da quello già indicato)

Nome _____ Cognome _____

Via _____

Comune _____ CAP _____ Prov. _____

Sono consapevole che

Le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 Testo unico sulla documentazione amministrativa).

Data _____ Firma (per esteso e leggibile) _____

Spazio riservato all'Azienda USL

Data ritiro attestato/certificato di ricovero _____

Il Richiedente (o suo delegato) per ricevuta _____

Il Funzionario addetto _____

Delega per ☐ la richiesta ☐ il ritiro

dell'attestato /certificato di ricovero da parte di un soggetto diverso dall'interessato:

Il sottoscritto/a _____ nato/a il ____/____/____ a _____

residente a _____ in via _____

tipo di documento di riconoscimento _____ n _____

rilasciato il _____ a _____ valido fino a _____

delega a ritirare l'attestato/certificato di ricovero

il/la Sig _____ nato/a il ____/____/____ a _____

residente a _____ in via _____

al quale affida un proprio documento di identità.

Firma del delegante _____

La delega di cui sopra esonera l'USL da ogni responsabilità conseguente alla conoscenza di fatti sanitari del richiedente in ottemperanza a quanto stabilito dal D. LGS. n°196 del 30/06/03 con riferimento ai dati sensibili.

Firma del funzionario addetto _____

Firma del delegato _____