



**IPERBARICA
ADRIATICA
SRL**

**MOD 1-RICHIESTA DELLA COPIA
CARTELLA CLINICA
DA PARTE DEGLI AVENTI DIRITTO**

Rev 0
del
13.11.2023

GENERALITA' DELL'INTESTATARIO

Cognome _____
Nome _____
In Vita SI NO
Nato/A il ____/____/____ Citta' _____
Residente In Via _____ N. _____
Citta' _____ Cap _____
Provincia _____

DATI RELATIVI AL PERIODO DI TRATTAMENTO

Trattamento Effettuato Dal _____ Al _____
Trattamento Effettuato Dal _____ Al _____

GENERALITA' DEL RICHIEDENTE

DIRETTO INTERESSATO

ALTRO SOGGETTO

Cognome _____
Nome _____
Nato/a il ____/____/____ Citta' _____
Residente In Via _____ N. _____
Citta' _____ Cap _____
Provincia _____
Cel _____
Tel. Abitazione _____

Firma del richiedente _____

Avvalendomi delle disposizioni di cui all'art. 46 del DPR 28.12.2000 n.445, consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni previste dal CPP e dalle Leggi speciali in materia, sotto la mia responsabilità

DICHIARO di essere:

Genitore (esercitante la patria potestà)

Tutore

Minore Emancipato (previa esibizione di idonea certificazione)

Erede

Erede legittimo

Erede testamentario dell'intestatario deceduto il ____/____/____ numero testamento _____

Altro _____

Tipo Documento allegato _____ numero _____

Rilasciato da _____ Scad. ____/____/____

MODALITA' DI RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE

Ritiro da parte dell'interessato _____

Ritiro da parte di persona delegata _____

Invio per posta all'indirizzo _____

Data della richiesta ____/____/____

Firma del Richiedente _____

Allegare copia documento.