



Il/La sottoscritto/a.....

residente a

vian°.....

doc. identità.....

tel.

CHIEDE in qualità di:

- Intestatario maggiorenne della documentazione clinica richiesta
- genitore di minore titolare/esercente la potestà genitoriale
- persona esercente la potestà genitoriale
- tutore/curatore di persona interdetta o inabilitata o di minore
- amministratore di sostegno con delega specifica alla tutela della salute
- erede legittimo/erede testamentario
- altro

COPIA CONFORME DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA di:

Cognome e nome.....

Nato/ail.....

Documento d'identitàc.....

(Non è obbligatorio specificare e presentare documento d'identità e codice fiscale dell'intestatario della documentazione clinica nel caso il richiedente sia genitore di minore/persona esercente la potestà genitoriale o erede legittimo testamentario)

Relativa a

- Fotocopia cartella clinica
- Fotocopia ecg con refertazione
- Fotocopia autenticata certificato agonistica

Firma

.....