

## RICHIESTA COPIA DI DOCUMENTAZIONE

Il sottoscritto/a      Cognome e Nome \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

PER SE'

*Oppure*

*in qualità di:*

Esercente la responsabilità genitoriale (*allegare documento di identità*)

Tutore (*allegare documenti certificanti e documento di identità*)

Curatore (*allegare documenti certificanti e documento di identità*)

Amministratore di sostegno (*allegare documenti certificanti/copia decreto di nomina e documento di identità*)

Legale rappresentante (*allegare documenti certificanti e documento di identità*)

DEL PAZIENTE      Cognome e Nome \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**Con la presente richiede:**

copia del referto

copia della documentazione iconografica in CD

copia del certificato di idoneità sportiva

copia della cartella clinica di medicina dello sport

copia della fattura

**Trattasi di:**

primo rilascio

copia successiva al primo rilascio

dell'indagine (indicare il tipo di prestazione)

-----

eseguita in data

-----

Tricesimo, data \_\_\_\_\_

*Firma del richiedente*

\_\_\_\_\_

Operatore:

*Firma del Direttore Sanitario per approvazione*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_