"Ospedale Sant'Anna di Como"
Presidio di San Fermo della Battaglia

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Lariana

Direzione Medica Presidio Ospedaliero Sant'Anna

Ufficio Front Office 031.585.9800 - Fax 031.585.9859
dirmed.como@pec.asst-lariana.it

RICHIESTA RILASCIO COPIA VERBALE PRONTO SOCCORSO

Nr. _____ / _____
Riservato all'Ufficio

Richiesta Uso Legale : ☐SI ☐ NO

Dati Anagrafici del Titolare della Documentazione [la compilazione di tale riquadro è obbligatoria]

Cognome_____Nome_____

Nato a_____ il___/___/_____ Documento Identità N° _____Rilasciato da _____

Residente a _____ in Via _____ N. _____

Referto / Verbale (specificare) _____ del _____ Servizio _____ (campo obbligatorio)

☐ Telefono/Cellulare_____ ☐ **M**ail _____

Chiede il rilascio di Copia della Documentazione Sanitaria sopra declinata

Il sottoscritto ha dichiarato tutto quanto sopra, consapevole delle responsabilità penali previste dal DPR 445/2000, inoltre, che i propri dati siano trattati o possono essere oggetto di comunicazioni a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge; **altresi', dichiara di aver letto e firmato per presa visione la Nota Informativa, parte integrante della presente richiesta.**

Data_____ Firma_____ (firma di chi presenta la richiesta)
In ottemperanza alle vigenti normative, prima di ritirare il documento in allegato alla presente richiesta, verificare attentamente che i dati corrispondano, in quanto la diffusione dei dati contenuti nella busta è perseguibile sia ai sensi dell'art. 616 c.p.

Data del ritiro_____Firma per il ritiro _____

DA COMPILARE SOLO PER LA SPEDIZIONE A DOMICILIO (costo a carico dell'utente)

La presente richiesta dovrà essere inviata a mezzo posta al seguente indirizzo:

_____

*Firma per la spedizione*_____

(spazio riservato all'Ufficio)

Verbale P.S	Data Accettazione	Ord / Gine / Ped	Note

E' fatto obbligatorio Allegare Documento di Riconoscimento valido del Richiedente avente diritto + Ricevuta di Pagamento

Modello 3 Revisione DMP Giugno 2018