

Az. Osp. – Univ. Pisana	<b>MODULO DI RICHIESTA</b> <b>COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA:</b> <b>EREDE</b>	<b>T01D/PA09</b> Rev. 04 del 28 04 2023 Pag. 1 di 1
-------------------------	--	--

**AL DIRETTORE SANITARIO AOUP**

**IO SOTTOSCRITTO**

Avvalendomi delle disposizioni di cui all'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445, consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni previste dal CP e dalle leggi speciali in materia, sotto la mia responsabilità dichiaro di essere:

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
 CF \_\_\_\_\_ NATO/A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_  
 RESIDENTE A \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_  
 VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 TEL MOBILE\* \_\_\_\_\_ MAIL\* \_\_\_\_\_

\* **DATI OBBLIGATORI**

**RICHIEDO LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

– IN QUALITÀ DI **EREDE** di

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
 CF \_\_\_\_\_ NATO/A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_  
 RESIDENTE A \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_  
 VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

**INDICARE LA TIPOLOGIA DI DOCUMENTAZIONE RICHIESTA:**

<input type="checkbox"/> PRONTO SOCCORSO	<input type="checkbox"/> CARTELLA CLINICA	<input type="checkbox"/> ESAMI RADIOLOGICI SU CD*	<input type="checkbox"/> REFERTO AUTOPTICO
DATA RICOVERO O PRESTAZIONE			
DAL	AL	N.COPIE	REPARTO E/O TIPOLOGIA ACCERTAMENTO RADIOLOGICO

\* È possibile richiedere un singolo accertamento oppure più accertamenti radiologici eseguiti in un determinato periodo, specificando sempre, nella tabella, data e tipologia (es, RX Torace del ..../...../....., etc.)

DALITÀ DI RITIRO E PAGAMENTO – SELEZIONARE LA MODALITÀ SCELTA	
<input type="checkbox"/>	INVIO PER POSTA ALL'INDIRIZZO DI RESIDENZA*
<input type="checkbox"/>	INVIO PER POSTA AD ALTRO INDIRIZZO* : c/o _____ VIA _____ N. _____ CITTA' _____ PROV _____ CAP _____
<input type="checkbox"/>	INVIO COPIA DIGITALE (.PDF) AL SEGUENTE INDIRIZZO MAIL (DEVONO COINCIDERE CON QUELLI RELATIVI AL RICHIEDENTE) MAIL/PEC: _____ RECAPITO TELEFONICO MOBILE (PER RICEZIONE PASSWORD APERTURA FILE MAIL) _____
<input type="checkbox"/>	RITIRO PRESSO UFFICIO RILASCIO DOCUMENTAZIONE SANITARIA – stabilimento Santa Chiara - Edificio 14/B, il lunedì e il mercoledì, dalle ore 8.30 alle 12.00. Il pagamento può essere effettuato anche presso l'Edificio 15 - Stabilimento Santa Chiara, esclusivamente con <del>crediti</del> crediti/bancomat (in caso di delega al ritiro presentare il modulo di DELEGA AL RITIRO e documenti di identità del delegato e del delegante)
Per informazioni telefonare al 050-992828 martedì e giovedì dalle 8:30 alle 12:00.	

✓ **Allegare fotocopia del documento di identità del richiedente e atto notorio attestante la qualità di erede**

FIRMA \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_