



Alla Direzione Sanitaria Istituto Tumori "Giovanni Paolo II"

Modulo di richiesta - Ritiro referti

del Sig.

Intestatario, il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
residente in _____ alla Via/Piazza _____
n. tel. _____
documento di identità (C.I. / P.) n. _____ rilasciato dal
Comune/Prefettura di _____, **che allega in fotocopia,**

Richiedente se persona diversa dall'intestatario

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
residente in _____ alla Via/Piazza _____
n. tel. _____
documento di identità (C.I. / P.) n. _____ rilasciato dal _____
Comune/Prefettura di _____, **che allega in fotocopia,**

**consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli
atti, di cui all'art. 76 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445,**

DICHIARA DI ESSERE

- Genitore esercente la patria potestà
- Tutore
- Curatore
- Amministratore di sostegno
- Erede (che agisce in nome e per conto degli altri coeredi)
- Altro, specificare _____

A tal fine, allega, provvedimento giudiziario e/o altrotelare del Tribunale)

CHIEDE

Referto per prestazione/i effettuata /e
in data _____
presso l'ambulatorio di _____

Data _____

Firma _____

Il sottoscritto ai sensi del D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.



Documento sanitario consegnato il _____

La Direzione Sanitaria