



**RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA
E/O SANITARIA SOCIALE**

8.2 MP 0.6
Rev.2
Del 27/02/2025
Pag 1 di 1

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

codice fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Grado di parentela _____

Richiede la seguente documentazione:

- cartella Clinica
- altro _____

del/della Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

ricoverato/a presso la Comunità _____

Motivo della richiesta _____

Allegare copia del documento di identità

Modalità di consegna della documentazione:

- ritiro in struttura
- invio scansione tramite e-mail all'indirizzo: _____

La documentazione verrà rilasciata dopo il pagamento di € 15,00 effettuato sul conto corrente della Fondazione (IBAN: IT 42 V 05034 02413 000000004200) entro un mese dalla data della richiesta.

Bologna, _____ Firma del/della richiedente _____

Autorizzazione del Responsabile Medico o di un suo delegato _____

Bologna, _____ Firma per ricevuta _____