

**Alla Direzione Medica di Presidio
AOU "MATER DOMINI"**

**MODELLO DI RICHIESTA ESAMI STRUMENTALI
IN VISIONE TEMPORANEA O IN COPIA**

Il/La Sottoscritto/a: _____

Nato/a: _____ il: _____

Documento di Identità: _____ Tel. _____

CHIEDE

Alla S.V. che venga concesso in visione temporanea o in copia :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

- relativa alla propria degenza
- relativa alla degenza del Sig.: _____ (delegante)
- relativa alla degenza del Sig.: _____ (deceduto)
- relativa alla degenza del minore: _____
- relativa alla degenza dell'interdetto o dell'amministrato: _____
- relativa alla degenza dell'inabilitato: _____

Nato/a: _____ il: _____

Ricoverato/a in data _____ presso l'Unità Operativa di _____

E' consapevole

che in caso di false dichiarazioni accertate dall'Amministrazione verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000.

E' a conoscenza

che i suoi dati personali saranno trattati esclusivamente ai fini del presente procedimento.

DATA

FIRMA DEL RICHIEDENTE

SPAZIO RISERVATO ALLA DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO

Al Direttore dell'Unità Operativa di: _____

SI AUTORIZZA

Il Direttore Medico di Presidio _____