

AL DIRETTORE SANITARIO AOUP
IO SOTTOSCRITTO GENITORE 1

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

IO SOTTOSCRITTO GENITORE 2

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 GENITORE del paziente minore

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 _____

INVIO COPIA DIGITALE (.PDF) AL SEGUENTE INDIRIZZO (DEVONO COINCIDERE CON QUELLI RELATIVI AL RICHIEDENTE)

MAIL/PEC: _____

RECAPITO TELEFONICO MOBILE (PER RICEZIONE PASSWORD APERTURA FILE MAIL) _____

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 ~~carta di~~ credito/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.

FIRMA _____ DATA __/__/____

Allegare fotocopia del documento di identità del/i richiedente/i e del paziente minorenne

Nel caso di responsabilità genitoriale in via esclusiva nei confronti del minore

Il/la sottoscritto/a _____,

nato/a a _____, il _____,

C.F. _____

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, dichiara:

che l'altro genitore non può firmare il consenso perché:

- Deceduto;
- Impedito momentaneamente ad esercitare la responsabilità genitoriale ex art. 317 del Codice Civile;
- Decaduto dalla responsabilità genitoriale.

DATA __/__/____

FIRMA GENITORE _____,