



C.O.E.S. ETS

Tipo documento: **Modulo**

Titolo documento
Richiesta copia documentazione sanitaria

Emesso da	RQ	Codice documento MOD. 3.1	Versione 5	Data di emissione 29.04.2025
-----------	-----------	-------------------------------------	----------------------	--

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____
residente a _____ CAP _____
in Via/Piazza _____ N° _____ Tel. _____
Documento di identità _____ n° _____
Rilasciato da _____ allegato in fotocopia

CHIEDE

- In qualità di intestatario della documentazione
- In qualità di genitore esercente la potestà genitoriale
- In qualità di tutore/curatore/amministratore di sostegno (provvedimento N _____)
- In qualità di erede/legittimo richiedente (allegare autocertificazione)

IL RILASCIO DI COPIA CONFORME

Della seguente documentazione:

- Copia cartella clinica/riabilitativa
- Altro _____

Per il paziente:

Cognome e Nome _____
nato/a il _____ a _____ CF _____

Firma _____ Data _____

In caso di minore in assenza di delega scritta sarà necessario acquisire la firma di entrambi i genitori:

Firma padre _____ Data _____

Firma madre _____ Data _____

****allegare copia del documento di identità di entrambi i genitori***

N.B.: La documentazione richiesta sarà disponibile presso l'ufficio amministrativo del Centro COES OETS entro 7 giorni lavorativi dalla data di inoltro della richiesta e 30 giorni lavorativi in caso di eventuali integrazioni non ancora presenti alla data della richiesta.



C.O.E.S. ETS

Tipo documento: **Modulo**

Titolo documento
Richiesta copia documentazione sanitaria

Emesso da	RQ	Codice documento MOD. 3.1	Versione 5	Data di emissione 29.04.2025
-----------	-----------	-------------------------------------	----------------------	--

SEZIONE RITIRO

Sezione riservata all'ufficio preposto

Il/La signor/a _____
nato/a il _____ a _____
residente a _____ in Via/piazza _____ CAP _____

Documento _____

Data ritiro _____ Firma _____

Nulla Osta al rilascio
Il Direttore Sanitario

Nota sul rispetto della privacy:

I dati contenuti in questo documento sono strumentali all'attività sanitaria e amministrativa, sono utilizzati per compiere specifici obblighi previsti da normative, avranno trattamento in conformità a quanto prescrivono la legge sul trattamento dei dati personali e le disposizioni attuative della medesima legge.



C.O.E.S. ETS

Tipo documento: **Modulo**

Titolo documento
Richiesta copia documentazione sanitaria

Emesso da	RQ	Codice documento MOD. 3.1	Versione 5	Data di emissione 29.04.2025
-----------	-----------	-------------------------------------	----------------------	--

Delega al ritiro della documentazione

Il sottoscritto _____
(Cognome e nome del richiedente)

In caso di minore: Nome e cognome del minore _____

La sottoscritta Signora _____
(Cognome e nome della madre)

Il sottoscritto Signor _____
(Cognome e nome del padre)

DELEGA AL RITIRO

Il/La sig/sig.ra _____
(Cognome e nome del delegato)

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ via _____ n° _____

NB: Il delegato deve presentarsi munito del proprio documento di identità e del documento d'identità del titolare della documentazione sanitaria anche in fotocopia.

Qualora la documentazione richiesta sia di un minore, il ritiro potrà essere effettuato da uno dei genitori presentando la presente delega compilata dall'altro genitore e fotocopia del documento di identità del genitore assente o da un terzo delegato, presentando la presente delega e fotocopia dei documenti di identità di entrambi i genitori.

Data _____ Firma del richiedente _____

(*)In caso di minore:

Data _____ Firma Madre _____

Firma Padre _____

Sezione riservata all'ufficio preposto per il ritiro

Documento di identità del delegato _____

Dichiaro di ritirare quanto richiesto

Data ritiro _____

Firma _____

Nulla Osta al rilascio
Il Direttore Sanitario



C.O.E.S. ETS

Tipo documento: **Modulo**

Titolo documento
Richiesta copia documentazione sanitaria

Emesso da	RQ	Codice documento MOD. 3.1	Versione 5	Data di emissione 29.04.2025
-----------	-----------	-------------------------------------	----------------------	--

Si chiede la spedizione della documentazione al seguente indirizzo

Signor/a _____

Comune _____ Provincia _____ CAP _____

Via/Piazza _____ N° _____ Tel. _____

Data richiesta _____ Firma del richiedente _____

Nulla Osta al rilascio
Il Direttore Sanitario
