



## **RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Firenze, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Nato/a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, in qualità di (barrare la voce di interesse)

- diretto interessato, se maggiorenne
- esercente la responsabilità genitoriale sul minore di seguito identificato (\*)
- tutore o curatore o amministratore di sostegno di persona non in possesso della capacità di agire di seguito identificata (\*)
- erede legittimo o testamentario del soggetto di seguito identificato (\*)
- coniuge o figlio o, per mancanza di questi, parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado del soggetto di seguito identificato (\*) il quale risulta temporaneamente impedito alla sottoscrizione della presente istanza per le seguenti connesse allo stato di salute (ex art. 4, comma 2 D.P.R. 445/2000):

\_\_\_\_\_

legale rappresentante, munito di idoneo mandato o procura, del soggetto di seguito identificato (\*)

### **(\*) Cognome nome dell'utente titolare della documentazione sanitaria, se diverso dal richiedente**

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Allegare fotocopia di documento valido sia del richiedente sia del titolare della documentazione richiesta**

**CHIEDE IL RILASCIO** di copia della documentazione sanitaria relativa a:

intervento chirurgico

trattamento di laser terapia

trattamento di medicina estetica

visita specialistica

eseguito dal/dalla Dr. / Dr.ssa \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**DICHIARANDO**

- di ritirare personalmente (con documento d'identità valido) o tramite persona delegata (con documento d'identità valido del delegato e del delegante) **presso il front-office Medlight**
- la propria volontà all'invio della documentazione **tramite PEC** all'indirizzo

\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Dichiara, infine, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art 13 del Dlgs n. 196 del 2003, che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_