

C.R.O.

Istituto privato di diagnosi e riabilitazione
P.le della Porta al Prato, 34 - 50123 Firenze
Tel. 055215113 - FAX 055216025
www.cro.firenze.it

MODULO DI RICHIESTA DUPLICATO REFERTO/CARTELLA AMBULATORIALE

Intestatario documentazione sanitaria

Sig/ra..... nato/a..... il ___/___/___
Residente..... Via..... n°.....
CAP..... Comune Prov..... Telefono.....

A DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (Art. 46 DPR 28/12/2000 n°445)

(da compilare se il richiedente è persona diversa dall'intestatario della documentazione sanitaria)

Il/la sottoscritto/a nato/a il ___/___/___
Residente..... Via..... n°.....
CAP..... Comune Prov..... Telefono.....

DICHIARA di essere: GRADO DI PARENTELA
TUTORE: SI NO

consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti o dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art.46 del DPR 28/12/2000 n°445 e di avere l'assenso di altri aventi diritto a richiedere e ritirare il documento clinico di che trattasi, assumendone tutte le eventuali responsabilità

Letto, confermato e sottoscritto

Il, ___/___/___

Il Dichiarante*.....

B DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (Art. 47 DPR 28/12/2000 n°445)

(da compilare se la documentazione sanitaria richiesta è relativa ad un paziente **DECEDUTO**)

Il/la sottoscritto/a nato/a il ___/___/___
Residente..... Via..... n°.....
CAP..... Comune Prov..... Telefono.....

DICHIARA di essere LEGITTIMO/A EREDE

del/la Sig/ra.....
deceduto/a..... in data ___/___/___

e come tale EREDE legittimo avente diritto a richiedere e ritirare il documento clinico di che trattasi e di avere l'assenso di altri eredi assumendone tutte le eventuali responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti o dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art.47 del DPR 28/12/2000 n°445

Letto, confermato e sottoscritto

Il, ___/___/___

Il Dichiarante*.....

C.R.O.

Istituto privato di diagnosi e riabilitazione

P.le della Porta al Prato, 34 - 50123 Firenze

Tel. 0552151113 - FAX 055216025

www.cro.firenze.it

II DIRETTO INTERESSATO

RICHIEDE IL RILASCIO DI COPIA DEL REFERTO RELATIVA ALLA SEGUENTE PRESTAZIONE:

DICHIARA INOLTRE DI ESSERE A CONOSCENZA:

- Che non è possibile richiedere duplicato che risalga ad un periodo antecedente di 10 anni alla data della richiesta;
- Che il costo della richiesta di ogni singolo duplicato è di 10 Euro (eccetto che per copie di referti ambulatoriali risalenti a massimo 2 anni antecedenti alla data della richiesta), da pagare al momento del ritiro del duplicato
- Che per la produzione del duplicato possono essere necessari 30 giorni dal ricevimento della richiesta
- Che il duplicato sarà conservato per il ritiro per un tempo massimo di 20 giorni dalla comunicazione dell'avvenuta produzione del duplicato e che dopo tale data il duplicato potrà essere ritirato solo dopo nuova richiesta e previa pagamento anticipato anche della copia non ritirata in precedenza (anche se essa non fosse stata soggetta a pagamento).

Firenze

Il Richiedente*

.....

C.R.O.

Istituto privato di diagnosi e riabilitazione

P.le della Porta al Prato, 34 - 50123 Firenze

Tel. 055215113 - FAX 055216025

www.cro.firenze.it

***La presente richiesta è valida solo se accompagnata da copia di un documento in corso di validità del richiedente e del'eventuale delegato.**