



Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ tel _____

Richiesta Certificato

ORTOPEDICO.....	INFERMIERISTICO.....
CHIRURGICO.....	DEGENZA
OTORINO	PRONTO SOCCORSO.....
OCULISTICO	

- Pronto soccorso euro 6.00
- Certificati euro 1.55 data _____

LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA PUO' ESSERE CONSEGNATA A :

1. Al diretto interessato munito di valido documento di riconoscimento.
2. A un suo delegato munito di :
 - a. delega scritta e firmata dall'intestatario della documentazione richiesta
 - b. fotocopia di valido documento del delegante
 - c. documento di riconoscimento del delegato
3. Al genitore o al tutore che esercita la patria potestà in caso di minore o incapace munito di:
 - a. fotocopia documento di riconoscimento
 - b. dichiarazione sostitutiva di certificazione
4. All'erede legittimario in caso di persona deceduta che agisca in nome e per conto degli altri coeredi munito di
 - a. dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
 - b. delega e copia di valido documento di riconoscimento dei coeredi
 - c. valido documento di riconoscimento del delegato

La documentazione non ritirata sarà eliminata dopo 90 gg. dalla data di fotocopia, senza diritto di rimborso

Il sottoscritto _____ dichiara di aver ritirato la

Certificazione sopra descritta in data odierna.

Documento _____ n° _____ rilasciata il _____

**Per informazioni tel. 06/56482163 il lunedì e mercoledì dalle ore 09:00 alle 12:00
 Orario sportello dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle ore 12,00
 lunedì e mercoledì dalle ore 14,30 alle ore 16,30 (sabato chiuso)**

Data _____

FIRMA _____