

Spett.le
Casa di Ricovero MUZAN
Centro Servizi
VIA BARBE',39
36034 – MALO - VICENZA

OGGETTO: domanda di rilascio di copia documentazione sanitaria

Ospite

Cognome	Nome
Luogo nascita	Data nascita
Data accoglimento	Data cessazione

Soggetto richiedente

Cognome	Nome
Luogo nascita	Data nascita
CAP e città di residenza	Indirizzo
Telefono fisso	Telefono cellulare
Posta elettronica	PEC
Rapporto con l'ospite (figlio, amministratore di sostegno, etc.)	

Il sottoscritto soggetto richiedente inoltra domanda per il rilascio di copia della seguente documentazione riferita all'ospite indicato (barrare con una x):

<input type="checkbox"/> referti esami diagnostici / strumentali / di laboratorio
<input type="checkbox"/> referti visite specialistiche
<input type="checkbox"/> scheda SVAMA
<input type="checkbox"/> altro (indicare) _____ _____

Motivazioni a sostegno della domanda

Allega:

<input type="checkbox"/> fotocopia documento di identità <input type="checkbox"/> altro (indicare) _____ _____
--

E' informato che il procedimento viene regolato dal vigente regolamento per l'accesso, il cui estratto è pubblicato sul sito web www.muzan.it (sezione Home/Page – Modulistica – Richieste Documenti) di cui ha preso visione.

Si impegna a corrispondere l'importo relativo ai costi di riproduzione, di cui ha preso visione, anche se i documenti non saranno ritirati.

Luogo e data	Firma
--------------	-------

Riservato all'ufficio

Si provveda	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Note	_____ _____ _____ _____ _____ _____	
Data	IL DIRIGENTE _____	