



1 – DATI ANAGRAFICI DELL'INTESTATARIO DEL CERTIFICATO-DICHIARAZIONE DA EMETTERE

Cognome _____ Nome _____ nato il _____ a _____

2 – DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE

Cognome _____ Nome _____ nato il _____ a _____

n. telefonico _____ avente diritto in qualità di _____

3 – TIPO DI RICHIESTA

COPIA CARTELLA CLINICA (Costo 30 € + IVA) – MOTIVAZIONE _____

DICHIARAZIONE DEGENZA-MOTIVAZIONE _____

RELAZIONE PER _____

COMPILAZIONE DOMANDA INVALIDITÀ _____

CAMBIO DI RESIDENZA

RINNOVO CARTA DI IDENTITÀ

ALTRO _____

Nota Bene: i documenti richiesti e non ritirati entro 90 giorni dalla richiesta vengono distrutti.

**TEMPISTICHE: Copia della cartella clinica verrà rilasciata
Certificazioni / Relazioni / Domanda di invalidità
Certificazioni di degenza**

**entro 30 giorni dalla richiesta.
entro 10 giorni dalla richiesta.
entro 3 giorni dalla richiesta.**

NOTE

DATA _____ FIRMA RICHIEDENTE _____

4 – RITIRO

La documentazione è stata ritirata dal Sig. _____ in data _____

Firma per il ritiro _____

Dopo la firma per il ritiro da parte del richiedente, il documento dovrà essere archiviato nella pratica amministrativa dell'ospite