

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a il ____/____/____

Luogo di nascita _____

Residente a _____

Via/P.zza _____ n° _____

Recapito telefonico _____

avvalendosi dell'art. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole del potere di accertamento d'ufficio ai sensi dell'art. 43 del DPR 445/2000 e delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

Di essere:

- Titolare della documentazione, se maggiorenne;
- Genitore esercente la potestà, se il titolare è minore d'età (munito di Stato di famiglia);
- Terzo con delega da parte dell'intestatario della documentazione;
- Soggetto esercente la qualità di tutore, curatore o amministratore di sostegno (munito di documentazione comprovante);
- Erede (munito di Atto Notorio o certificato sostitutivo dello stesso rilasciato dal Comune).

CHIEDE

per il paziente _____ ID _____

1. il rilascio di una **copia della cartella ambulatoriale** di radioterapia del ____/____/____ (indicare data termine del trattamento)
nel seguente formato:

- elettronico
- cartaceo (ritiro presso la nostra struttura)
- cartaceo (a mezzo posta all'indirizzo sottoriportato)

2. il rilascio di una **copia dei seguenti documenti sanitari relativi alle prestazioni ambulatoriali**

- referto di televisita specialistica preliminare del ____/____/____
- referto di valutazione clinica iniziale/consulto specialistico del ____/____/____
- relazione clinica di aggiornamento del ____/____/____
- referto di visita specialistica di anestesia e rianimazione del ____/____/____
- referto di visita ambulatoriale di valutazione clinica follow-up del ____/____/____
- referto di televisita di follow-up del ____/____/____
- relazione di fine trattamento di radioterapia del ____/____/____ (indicare data di termine del trattamento)
- referto dell'esame TC del ____/____/____
- referto dell'esame RM del ____/____/____
- _____ del ____/____/____

nel seguente formato:

- elettronico
- cartaceo (ritiro presso la nostra struttura)
- cartaceo (a mezzo posta all'indirizzo sottoriportato)

3. il rilascio di una **copia dell'esame RM** effettuato in data ___/___/___
 per via telematica
 su supporto fisico (DVD), da ritirare presso la nostra struttura
 su supporto fisico (DVD), da spedire a mezzo posta all'indirizzo sottoriportato
4. il rilascio di una **copia dell'esame TC** effettuato in data ___/___/___
 per via telematica
 su supporto fisico (DVD), da ritirare presso la nostra struttura
 su supporto fisico (DVD), da spedire a mezzo posta all'indirizzo sottoriportato
5. il rilascio di una **copia del piano di cura adroterapico** del ___/___/___ (indicare data termine del trattamento)
 per via telematica
 su supporto fisico (DVD), da ritirare presso la nostra struttura
 su supporto fisico (DVD), da spedire a mezzo posta all'indirizzo sottoriportato

INDIRIZZO PER LA SPEDIZIONE

Cognome _____ Nome _____
Città _____ CAP _____ Via/P.zza _____ n° _____

INDIRIZZO E-MAIL/PEC PER LA SPEDIZIONE IN FORMATO ELETTRONICO

Data richiesta _____ Firma _____

Attenzione: in fase di invio richiesta, allegare

1. **Copia di un documento di identità in corso di validità del richiedente**
2. **Copia degli estremi del bonifico (IT35B0306911336100000005821)**
3. **Eventuale copia della delega/procura/atto notorio.**

DELEGA PER RILASCIO DOCUMENTI PRESSO CNAO

Il/La sottoscritto/a _____ titolare della documentazione clinica

DELEGA

Il/La Sig./ra _____ Nato/a il ___/___/___

Codice fiscale _____ CI _____

rilasciata da _____

al ritiro della documentazione richiesta il ___/___/___

Data richiesta _____ Firma _____

Attenzione: la persona delegata deve presentarsi con il proprio documento di identità valido e con un documento di identità valido in originale o in copia del delegante.