

**RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Il sottoscritto COGNOME ..... NOME .....  
NATO/A ..... IL ..... RESIDENTE .....  
VIA ..... N° ..... CAP ..... PROV. .... DOCUMENTO DI  
RICONOSCIMENTO ..... RILASCIATO DA ..... IL ..... SCADENZA .....  
con recapito telefonico ..... , in qualità di:

- ☐ DIRETTO INTERESSATO  
☐ ESERCENTE PATRIA POTESTÀ  
☐ EREDE (*certificato di morte, stato di famiglia storico e assenso di tutti gli eredi*)  
☐ MEDICO CURANTE  
☐ DELEGATO  
☐ TUTORE LEGALE  
☐

**CHIEDE**

- ☐ il rilascio della scheda 118 relativa all'intervento effettuato: IL ..... ALLE ORE .....  
☐ il file audio / trascrizione relativo all'intervento effettuato: IL ..... ALLE ORE .....

NEL COMUNE DI ..... ALLA VIA ..... PER  
IL/LA SIG./RA ..... NATO/A ..... IL .....

**DELEGA**

al ritiro il sig./ra ..... nato/a ..... il .....  
residente a ..... in via ..... n° ..... CAP  
..... Prov. .... (*allegare fotocopia documento di identità fronte retro dell'avente diritto e del delegato*)

Autorizza il trattamento dei miei dati personali ai fini della presente procedura.

Data .....

.....  
Firma

.....  
*Allegare ricevuta di versamento del ticket di €5.00 per scheda e €5.00 per file audio*

c/c **6910792 - A.S.L. Napoli 3 Sud Via Marconi 66, 80059 Torre del Greco**

**IBAN IT34L0306922124100000046055**

Causale: **altri diritti sanitari**