

Richiesta copia conforme PRESTAZIONE DEA

Vercelli,

**AL DIRETTORE
S.C. DIREZIONE MEDICA
AZIENDA SANITARIA LOCALE VC
13100 VERCELLI**

Il sottoscritto _____ nato il _____

Recapito telefonico: _____

Chiede che venga rilasciata copia conforme all'originale di:

Referto DEA (in caso di incidente o violenza)

Prestazione DEA

CD (radiografie)

Relativo al periodo:

dal _____ al _____

dal _____ al _____

Presidio ospedaliero:

Vercelli

Borgosesia

Motivazione richiesta

RICHIEDENTE:

L'interessato (se maggiorenne)

L'affidatario (se minorenne o incapace) (vedi allegato) Padre

Madre

Tutore

L'erede con assenso degli altri eredi (ove esistano)
(vedi allegato atto sostitutivo Atto Notorio o autocertificazione):

Cognome e nome _____

Grado di parentela _____



Firma del richiedente _____

Documento d'identità:

n° _____ rilasciato dal Comune di _____

IN CASO DI IMPOSSIBILITA' DELL'INTERESSATO AL RITIRO:

Delego al ritiro il _____

Documento d'identità:

n° _____ rilasciato dal Comune di _____

Firma del delegante _____

Firma del delegato _____

Si richiede spedizione al seguente indirizzo (pagamento contrassegno):

Sig./a _____

Via / Piazza _____

Città _____ cap. _____ Prov. _____

N.B. IL COSTO DELLA CARTELLA È DI 10 CENTESIMI A FOGLIO (COSTO DELLE FOTOCOPIE) IL COSTO DEL CD È DI 1 € A CD

Stesura	Verifica	Autorizzazione	Emissione
Somaglino Patrizia - Assistente Amministrativo S.C. Direzione Medica - Settembre 2023	Scipione Gatti - Direttore S.C. Direzione Medica - Settembre 2023	Scipione Gatti - Direttore S.C. Direzione Medica - Settembre 2023	Scipione Gatti - Direttore S.C. Direzione Medica - Settembre 2023