

# Modulo richiesta copia documenti

EXAMINA

MEDICINA MULTISPECIALISTICA

M030\_v2 – Examina

## IL/LA SOTTOSCRITTO/A

.....data di nascita .....luogo di nascita .....

cod. fiscale .....

residente in via/c.so ... ....n° .....

città .....cap .....prov. ....

telefono fisso / cellulare .....

email@ .....

tipo documento di riconoscimento (allegare copia documento richiedente) .....

Numero .....comune di rilascio .....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritieri, (art. 76 del DPR n.445/2000)

### IN QUALITÀ DI (barrare la voce di interesse)

- diretto interessato, se maggiorenne
- esercente la responsabilità genitoriale sul minore di seguito identificato (\*)
- tutore o curatore o amministratore di sostegno di persona non in possesso della capacità di agire di seguito identificata (\*)
- erede legittimo o testamentario del soggetto di seguito identificato (\*)
- coniuge o figlio o, per mancanza di questi, parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado del soggetto di seguito identificato (\*), il quale risulta temporaneamente impedito alla sottoscrizione della presente istanza per le seguenti ragioni connesse allo stato di salute (ex art. 4, comma 2 D.P.R. 445/2000):

.....  
 legale rappresentante, munito di idoneo mandato o procura, del soggetto di seguito identificato (\*)

(\*) nome/cognome .....

.....data di nascita .....luogo di nascita .....

cod. fiscale .....

### CHIEDE IL RILASCIO DI COPIA

- del referto
- della fattura
- del supporto immagini (DVD) – solo ritirabile di persona
- altro (es: scorpo/fattura) .....

.....  
riferito alla prestazione di .....

fatta in data .....

# Modulo richiesta copia documenti

EXAMINA

MEDICINA MULTISPECIALISTICA

M030\_v2 – Examina

## MODALITA' DI RITIRO (barrare la voce di interesse)

- voglio ritirare personalmente o tramite persona delegata (sotto identificata) quanto richiesto presso la sede di .....
- voglio ricevere i documenti tramite posta elettronica (verrà inviato un link ad un archivio protetto e un messaggio tramite whatsapp con la password) - NON per DVD

I dati personali conferiti saranno trattati da Examina esclusivamente per evadere la presente richiesta, in conformità al Regolamento (UE) 2016/679 e al D.Lgs. 196/2003 ss.mm.ii.

Data ..... Firma del richiedente .....

**Allegare alla richiesta fotocopia del documento del richiedente e dell'eventuale interessato (se diverso dal richiedente)**

\*\*\*\*\*

## DA COMPILEARE SOLO IN CASO DI DELEGA:

Si delega il/la sig./ra .....

data di nascita ..... luogo di nascita .....

(presentarsi con documento di riconoscimento)

- alla presentazione della presente istanza e/o  al ritiro della documentazione richiesta

Data ..... Firma del richiedente .....

\*\*\*\*\*

## FIRMA PER RICEVUTA (a cura della segreteria, in caso di ritiro di persona)

In data ..... sono stati ritirati i documenti oggetto della presente  
richiesta

Firma del delegato .....