



MODULO RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Io sottoscritto

Nome _____ Cognome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ via _____ n° _____

cellulare _____ e-mail _____

in qualità di _____ Documento di identità n° _____

rilasciato da _____ in data _____ (allego fotocopia)

CHIEDO

COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE di

REFERTO MEDICO (gratuito)

DUPLICAZIONE CD

RADIOGRAFIA (€15+IVA da pagare al ritiro)

INTESTATA A:

me stesso altri

Cognome _____ Nome _____

Nato il _____ a _____

documenti di identità n° _____

rilasciato da _____ (allego fotocopia)

Chiedo inoltre di essere avvisato della pronta consegna dei documenti

tramite SMS al n° _____

per e-mail _____

telefonicamente al n° _____

Data _____ Il Dichiarante _____