

Spett.le  
Poliambulatorio BIOS Center srl

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**ALLEGARE copia di un documento di riconoscimento valido del richiedente**

**IN QUANTO**

- diretto interessato <sup>1</sup>
- Esercitante la potestà nei confronti del minore<sup>2</sup> \_\_\_\_\_
- Tutore/curatore del sig./sig.ra<sup>3</sup> \_\_\_\_\_
- Legittimo<sup>4</sup> erede di \_\_\_\_\_
- Amministratore di sostegno<sup>5</sup> di \_\_\_\_\_

*Dichiara di avere l'assenso di altri aventi diritto a richiedere e ritirare il documento di cui alla presente istanza (altro genitore, altri eredi, ecc.), assumendone tutte le eventuali responsabilità*

**CHIEDE il rilascio**, per gli usi consentiti dalla legge, di:

- Copia tracciati ecg sportivo / prove da sforzo / spirometria e urine (€ 6,50)
- Copia CD RX - RMN - TC / certificato medico sportivo (€ 10,00)
- Copia CD RX - RMN - TC con referto medico / referto medico / cartella clinica /cartella clinica sportiva completa (€ 20,00)

relativa altra prestazione sanitaria fruita da:

il/la Sig./ra \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ presso il poliambulatorio in data \_\_\_\_\_

*Il sottoscritto DICHIARA di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e di aver preso atto dell'informativa sul trattamento dei dati*

<sup>1</sup> **Documentazione richiesta da allegare:** copia di un valido documento di identità

<sup>2</sup> **Documentazione richiesta da allegare:** copia di un valido documento di identità

<sup>3</sup> **Documentazione richiesta da allegare:** copia di un valido documento di identità + nomina a tutore/curatore

<sup>4</sup> **Documentazione richiesta da allegare:** dichiarazione sostitutiva di atto notorio ai sensi dell' art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445;

<sup>5</sup> **Documentazione richiesta da allegare:** produzione dell'atto di nomina da parte del Giudice Tutelare

personali forniti con riguardo al presente procedimento, ai sensi e per gli effetti del D.lgs. 196/03 e del Regolamento UE 2016/679

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**DELEGA**

Il sottoscritto delega il/la Sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

al ritiro della sopra descritta documentazione.

Documento identità (tipo) \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**(ALLEGARE copia del documento)**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**MODALITÀ DI PAGAMENTO (SCEGLIERE)**

- Contanti / POS /Carta di credito presso la segreteria del BIOS Center
- Bonifico su IBAN nr. IT68S0854937490000000021952

**(SPAZIO A CURA DELLA SEGRETERIA DEL BIOS CENTER SRL)**

Riscosso l'importo di € \_\_\_\_\_

Riferimento ft n \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ di € \_\_\_\_\_

Copia versamento bonifico del \_\_\_\_\_ di € \_\_\_\_\_

**Firma Addetto**

\_\_\_\_\_

**RITIRO DOCUMENTAZIONE**

Il/La Sig./a \_\_\_\_\_

dichiara di ricevere in data \_\_\_\_\_ la documentazione richiesta.

Documento identità (tipo) \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**(ALLEGARE copia del documento)**

Firma \_\_\_\_\_