

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 ¹
- Esercitante la potestà nei confronti del minore² _____
- Tutore/curatore del sig./sig.ra³ _____
- Legittimo⁴ erede di _____
- Amministratore di sostegno⁵ 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

¹ **Documentazione richiesta da allegare:** copia di un valido documento di identità

² **Documentazione richiesta da allegare:** copia di un valido documento di identità

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

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

⁵ **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 _____