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 minore[2]_____
- ○ Tutore/curatore del sig./sig.ra[3] _____
- ○ Legittimo[4] erede di _____
- ○ Amministratore di sostegno[5] 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 anno in corso e precedenti con referto: € 20 **ad esclusione del dott. Corchia*
- ○ Copia certificato medico sportivo in corso di validità: € 0,00
- ○ Copia spirometria e urine anni precedenti – Altri medici: € 6,50
- ○ Copia CD RX - RMN – TC: € 6,50
- ○ Copia CD RX - RMN - TC con referto medico / referto medico / altra cartella clinica /cartella clinica medico sportiva: € 20,00
- ○ Copia Fattura: € 0,00

Prestazione sanitaria fruita da:

il/la Sig./ra _____

nato/a _____ il _____

C.F. _____ presso il poliambulatorio in data _____

[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

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 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_____