



RICHIESTA FOTOCOPIA DOCUMENTAZIONE
SANITARIA

MOD06PR02
Revisione 0
Data: 01/09/2023
Pagina 1 di 2

Il/La sottoscritto/a _____

Codice Fiscale _____

nato/a a _____ il _____

recapito telefonico _____ email _____

in qualità di

- diretto interessato
- 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 (*)

(*) nome e cognome _____ nato il _____ a _____

chiede

a PKT – Poliambulatorio Kinesiterapico Tesoriera di avere copia della propria documentazione:

Sanitaria Amministrativa Altro: _____

relativamente alla seguente prestazione _____

effettuata presso PKT nel periodo dal _____ al _____.

Il/la Sottoscritto/a:

- ritirerà personalmente la documentazione richiesta presso PKT;
- richiede di ricevere la copia della documentazione mediante raccomandata A/R o corriere al seguente nominativo e indirizzo:

- chiede che la documentazione venga consegnata al/alla Sig./Sig.ra _____

_____ Codice fiscale _____ munito/a del

seguente documento d'identità: tipo _____ numero _____ rilasciato il

_____, il /la quale si presenterà presso PKT munito/a di tale documento.

Il/La sottoscritto/a allega alla presente copia del proprio documento d'identità.

Luogo e data _____

Firma leggibile _____



RICHIESTA FOTOCOPIA DOCUMENTAZIONE
SANITARIA

MOD06PR02
Revisione 0
Data: 01/09/2023
Pagina 2 di 2

Spazio di registrazione della spedizione/consegna della copia della documentazione

consegnata in data _____ Firma per ricevuta _____

spedita in data _____ allegare ricevuta spedizione

Data _____ Firma addetto alla Segreteria _____