

## SPECIALISTICA

Via Leopardi, 13-36030 Caldogno-VI, Tel. 0444/586506, Fax 0444909463, P.I. 02562510244- Aut. Esercizio 7450/08

# C.D.V.

Società a  
Responsabilità Limitata

## CENTRO DIAGNOSTICO VENETO

Via Sette-36030 Caldogno-VI, Tel. 0444585577, Fax 0444586204, P.I. 00635020241-Aut. Esercizio7451/08

### RITIRO DOCUMENTAZIONE SANITARIA MINORI

Il/la sottoscritto/a Sig./ra \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Documento  Carta identità  Patente  Passaporto

Numero \_\_\_\_\_ Rilasciato il \_\_\_\_\_

Consapevole, in caso di dichiarazione mendace, delle sanzioni previste dal Codice Penale e delle leggi speciali in materia anche per i reati di "falsità in atti" e "uso di atto falso", nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della documentazione non veritiera,

### DICHIARA

Di aver diritto, in qualità di accompagnatore di età maggiore al:

ritiro referto di \_\_\_\_\_

richiedere copia del referto di \_\_\_\_\_

del minore:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma Responsabile Ritiro Documentazione Sanitaria

\_\_\_\_\_

**Da compilare a carico del personale del Centro Medico:**

**MODPOL118**

**Rev. 0**

**Del 09/13**

**Pag. 1/2**

## **SPECIALISTICA**

Via Leopardi, 13-36030 Caldogno-VI, Tel. 0444/586506, Fax 0444909463, P.I. 02562510244- Aut. Esercizio 7450/08

# **C.D.V.**

Società a  
Responsabilità Limitata

## **CENTRO DIAGNOSTICO VENETO**

Via Sette-36030 Caldogno-VI, Tel. 0444585577, Fax 0444586204, P.I. 00635020241-Aut. Esercizio7451/08

### **RITIRO DOCUMENTAZIONE SANITARIA MINORI**

è stata verificata la corrispondenza tra gli estremi dichiarati ed i documenti esibiti dal  
delegato

Cognome e nome operatore \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_