

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ recapito telefonico _____

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 FISIO SpA di avere n. ____ copia/e della propria documentazione clinica, relativamente alla seguente prestazione _____ effettuata presso la sede di Fizio SpA di Via Nizza 218 Via Biscarra 12/10 nel periodo dal _____ al _____.

Il/la Sottoscritto/a:

- richiede inoltre di ricevere la copia della documentazione mediante raccomandata A/R o corriere al seguente nominativo _____ ed indirizzo _____.
- ritirerà personalmente la documentazione richiesta.
- chiede che la documentazione venga consegnata al/la Sig. /Sig.ra _____ nato/a a _____ il _____ munito/a del seguente documento d'identità: tipo _____ numero _____ rilasciata il _____, il quale di presenterà presso Fizio munito/a di tale documento.

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

Luogo e data _____ Firma leggibile _____

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 _____