

## Richiesta copia conforme PRESTAZIONE DEA

Vercelli,

**AL DIRETTORE  
S.C. DIREZIONE MEDICA  
AZIENDA SANITARIA LOCALE VC  
13100 VERCELLI**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_

Chiede che venga rilasciata copia conforme all'originale di:

Referto DEA (in caso di incidente o violenza)

Prestazione DEA

CD (radiografie)

Relativo al periodo:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**Presidio ospedaliero:**

**Vercelli**

**Borgosesia**

Motivazione richiesta

**RICHIEDENTE:**

L'interessato (se maggiorenne)

L'affidatario (se minorenne o incapace) (vedi allegato) Padre

Madre

Tutore

L'erede con assenso degli altri eredi (ove esistano)  
(vedi allegato atto sostitutivo Atto Notorio o autocertificazione):

Cognome e nome

Grado di parentela



Firma del richiedente \_\_\_\_\_

Documento d'identità:

n° \_\_\_\_\_ rilasciato dal Comune di \_\_\_\_\_

**IN CASO DI IMPOSSIBILITA' DELL'INTERESSATO AL RITIRO:**

Delego al ritiro il

Documento d'identità':

n° \_\_\_\_\_ rilasciato dal Comune di \_\_\_\_\_



Firma del delegante \_\_\_\_\_

Firma del delegato \_\_\_\_\_

Si richiede spedizione al seguente indirizzo (pagamento contrassegno):

Sig./a

Via / Piazza

Citta' \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_

**N.B. IL COSTO DELLA CARTELLA È DI 10 CENTESIMI A FOGLIO (COSTO DELLE FOTOCOPIE) IL COSTO DEL CD È DI 1 € A CD**

Stesura:	Verifica:	Autorizzazione:	Emissione:
P.Somaglino- Amm.vo Direzione Medica- Ottobre 2017	Dr.ssa T.Ferraris-Direttore ff Direzione Medica- Ottobre 2017	Dr.ssa T.Ferraris-Direttore ff Direzione Medica – Ottobre 2017	Dr.ssa T.Ferraris-Direttore ff Direzione Medica- Ottobre 2017
<small>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, RIPRODOTTO O RESO NOTO A TERZI SENZA AUTORIZZAZIONE.</small>			