



Villa Adelchi



GRUPPO CITRIGNO

RICHIESTA DOCUMENTAZIONE/CERTIFICATI

(ai sensi dell' art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ Prov. (_____) il _____ C.F.: _____

Diretto Interessato

OVVERO (da compilare solo se il richiedente non è il diretto interessato)

Tutore Amministratore di sostegno Familiare autorizzato

Esercente potestà genitoriale Legale Rappresentante

del Paziente (cognome e nome) _____

nato/a a _____ il _____

CHIEDE

A codesta Struttura: _____

Data: _____ Firma del richiedente : _____

N.B.: acquisire copia del documento d'identità del richiedente in corso di validità se non già acquisito.

AUTORIZZAZIONE DEL RILASCIO DEL DOCUMENTO DA PARTE DEL DIRETTORE SANITARIO

SI AUTORIZZA

NON SI AUTORIZZA

Data: _____ Firma del Direttore Sanitario: _____

Documento consegnato da: **Nome Cognome** _____ **Firma:** _____

Il documento richiesto è stato consegnato in data: _____

Firma di chi ha ritirato il documento

Riace S.r.l.

C.da Frailliti, 69 – 87030 - Longobardi Marina (CS)
Sede Legale: Via Panebianco, 293 - 87100 Cosenza
Tel. 0982.78067 – Fax. 0982.761942
info@villaadelchi.it - www.villaadelchi.it
Partita IVA : 02199950789

