

**RICHIESTA COPIA DI SCHEDA FISIOTERAPIA AMBULATORIALE**

e-mail: [prenotazioni@villabiancatrento.it](mailto:prenotazioni@villabiancatrento.it)

telefono: 0461/916000 dal lunedì al venerdì dalle 9:00 alle 17:00

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

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

Residente in via \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

E-Mail/Pec \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

**IN QUALITÀ DI (barrare il caso che interessa):**

- Titolare (Allegare alla richiesta documento d'identità)
- Genitore di minore (Allegare autocertificazione da scaricare nella sezione modulistica del sito [www.villabiancatrento.it](http://www.villabiancatrento.it) - modulo "Dichiarazione sostitutiva di certificazione" oltre al documento d'identità del richiedente).
- Legale rappresentante (Amministratore di sostegno o tutore) Allegare atto notarile.

**CHIEDE**

che venga rilasciata, in carta libera per gli usi consentiti dalla legge, copia della scheda fisioterapia ambulatoriale relativa a:

Paziente \_\_\_\_\_

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

Trattato da \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**ALLEGARE FOTOCOPIA DI DOCUMENTO D'IDENTITÀ DEL PAZIENTE.**

Il ritiro è consentito per il paziente o persona diversa, purchè sia delegata con delega scritta firmata dal paziente a cui si allega copia del documento di identità del delegato.

**MODALITA' RITIRO**

- La predetta copia sarà consegnata a mano, previa presentazione del presente modulo debitamente compilato congiuntamente agli allegati necessari.
- Nelle mie mani
- Al Sig/ra \_\_\_\_\_ che viene da me delegato/a al ritiro tramite il presente atto.

**ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITÀ DEL DELEGANTE E DEL DELEGATO IN TAL CASO.**

**ORARI PER IL RITIRO:**

Dal lunedì al sabato dalle 08:00 alle 20:00 e domenica dalle 10:00 alle 16:00  
presso lo sportello 1 - piano rialzato

Trento, il \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile del dichiarante)