

ALLEGATO 1

data  
..... / ..... / .....

Poliambulatorio  
MH Health Center srl  
via Ruggero Boscovich, 35  
20124 Milano (Mi)

**fax 02-20421320**

lo sottoscritto/a cognome ..... nome .....  
nato/a ..... prov. .... il .....  
residente in ..... prov. .... CAP .....  
via ..... tel. ....  
doc. di identità n. .... rilasciato da ..... il .....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del DPR 28/12/2000, n.445,

**chiedo**

copia della documentazione di seguito indicata relativa a:

a me stesso .....  
 al sig./sig.ra cognome ..... nome .....  
nato/a ..... prov. .... il .....  
residente-domiciliato/a ..... prov. .... CAP .....  
via .....

del quale dichiaro, sotto la mia personale responsabilità, ai sensi dell'art.46 del DPR 28/12/2000, n.445, di essere:

- GENITORE ESERCENTE LA POTESTÀ GENITORIALE
- TUTORE
- EREDE LEGITTIMO
- DELEGATO (compilare delega in calce ed allegare documento di identità del delegante e del delegato)
- ALTRO

referto relativo alla prestazione sanitaria relativo a .....  
effettuata in data ..... presso poliambulatorio MH Health Center srl

**chiedo**

la spedizione postale presso:

l'indirizzo del richiedente .....  
 al seguente indirizzo .....

Milano, ..... Il richiedente .....

Dichiaro di essere informato, ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. n. 196 del 30/06/2003, che i dati perso-nali saranno trattati, anche con strumenti informa-tici, esclusivamente nell'ambito del procedi-mento per il quale la presente richiesta (con l'eventuale allegata documentazione) è resa.

Milano, ..... Il richiedente .....

NOTE: La richiesta di copia del referto deve essere consegnata presso poliambulatorio MH Health Cen-ter srl o essere spedita via fax al n 02-20421320 o via e-mail prenotazioni.mh@mondino.it allegando copia del documento di riconoscimento dell'utente