

MODULO D

Da allegare all'attuale modulo di richiesta utilizzato al CUP  
in caso di richiesta di "Altra documentazione sanitaria" (Ospedale Oftalmico)

**Richiesta documentazione sanitaria di altre prestazioni  
(ambulatoriali, certificati di degenza con diagnosi, relazioni sanitarie)  
(da compilare a cura del richiedente)**

COGNOME \_\_\_\_\_  
NOME \_\_\_\_\_

AMBULATORIO DI

\_\_\_\_\_

TIPOLOGIA DI DOCUMENTAZIONE

\_\_\_\_\_

DATA  
ACCESSO

\_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FIRMA