

MODULO D

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

**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 CERTIFICAZIONE _____

DATA ACCESSO _____

DATA _____

FIRMA _____