

RICHIESTA EEG /ELETTROMIOGRAFIE e POTENZIALI EVOCATI

Il sottoscritto _____ chiede il rilascio

della documentazione del Sig./ra _____

nato/a il ___/___/_____ a _____

relativa a:

ricovero: del ___/___/_____ reparto/servizio di : _____

prestazione: _____ del ___/___/_____

parte del corpo esaminata: _____

supporto: **CARTACEO** (EMG/POT.EVOCATI)

CD(solo EEG)

N°.....

estremi del documento di riconoscimento: _____

Data ___/___/_____

Firma del richiedente _____

Recapito telefonico _____

Firma del funzionario _____

VISTO: SI AUTORIZZA IL RILASCIO _____

Ritiro in data odierna la documentazione richiesta, liberando l'amministrazione dell'Azienda da qualsiasi responsabilità per l'eventuale uso illegale della stessa.

DATA ___/___/_____

Firma del richiedente _____

Firma del funzionario _____

Nome _____ Cognome _____ Via _____ Città _____

CAP: _____ Poviaincia _____

AVVERTENZE: il rilascio della doc. clinica è soggetta a normativa di legge; il mancato ritiro della doc. clinica comporta il suo invio al macero dopo 120 giorni dalla data della richiesta. La richiesta può essere effettuata da chiunque purchè presenti contestualmente un proprio documento di Identità valido. Art. 5 del Dpr 128/1969: Il Direttore Sanitario rilascia agli "aventi diritto" in base a criteri stabiliti dall'amministrazione, copia della doc. medica.