



RICHIESTA FOTOCOPIA DOCUMENTAZIONE  
SANITARIA

MOD06PR02  
Revisione 0  
Data: 01/09/2023  
Pagina 1 di 2

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

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

in qualità di

- diretto interessato
- esercente la responsabilità genitoriale sul minore di seguito identificato (\*)
- tutore o curatore o amministratore di sostegno di persona non in possesso della capacità di agire di seguito identificata (\*)
- erede legittimo o testamentario del soggetto di seguito identificato (\*)

(\*) nome e cognome \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

**chiede**

a SKT - Studio Kinesiterapico Torinese S.r.l. di avere copia della propria documentazione:

Sanitaria       Amministrativa       Altro: \_\_\_\_\_

relativamente alla seguente prestazione \_\_\_\_\_

effettuata presso SKT nel periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ .

Il/La Sottoscritto/a:

- ritirerà personalmente la documentazione richiesta presso SKT;
- richiede di ricevere la copia della documentazione mediante raccomandata A/R o corriere al seguente nominativo e indirizzo:

\_\_\_\_\_

chiede che la documentazione venga consegnata al/alla Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_ munito/a del

seguente documento d'identità: tipo \_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_ rilasciato il

\_\_\_\_\_, il /la quale si presenterà presso SKT munito/a di tale documento.

Il/La sottoscritto/a allega alla presente copia del proprio documento d'identità.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma leggibile \_\_\_\_\_



**RICHIESTA FOTOCOPIA DOCUMENTAZIONE  
SANITARIA**

*MOD06PR02  
Revisione 0  
Data: 01/09/2023  
Pagina 2 di 2*

**Spazio di registrazione della spedizione/consegna della copia della documentazione**

consegnata in data \_\_\_\_\_ Firma per ricevuta \_\_\_\_\_

spedita in data \_\_\_\_\_ allegare ricevuta spedizione

Data \_\_\_\_\_ Firma addetto alla Segreteria \_\_\_\_\_