

MODULO RICHIESTA VISITA INTRAMOENIA

Struttura Sanitaria : _____

Reparto/Unità Operativa : _____

Medico Richiedente : _____

Codice Fiscale Medico : _____

Dati del Paziente :

Nome e Cognome : _____

Data di Nascita : _____

Codice Fiscale : _____

Residenza : _____

Dettagli Visita Intramoenia :

Data Richiesta Visita : _____

Tipo Visita (es. Specialistica, Diagnostica) : _____

Motivazione Visita : _____

Dichiarazioni e Consensi :

Il sottoscritto, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003 e successive modifiche, autorizza il trattamento dei dati personali ai fini della gestione della presente richiesta di visita intramoenia. Dichiaro inoltre di essere stato informato riguardo alle modalità, tempi e finalità del trattamento dei dati stessi, nonché dei diritti riconosciuti dalla legge.

Firma del Medico Richiedente : _____

Firma del Paziente (o Tutore Legale) : _____

Nota: La presente richiesta è conforme alla normativa vigente in materia di prestazioni intramoenia secondo quanto previsto dal Decreto Ministeriale e dalla normativa regionale di riferimento. Eventuali modifiche o integrazioni dovranno essere concordate tra le parti.

FIRMA DEL MEDICO RICHIEDENTE

FIRMA DEL PAZIENTE / TUTORE

Firma : _____

Firma : _____

Fonte originale di questo documento:

<https://richiesta-pronta.com/modulo-richiesta-visita-intramoenia/>

Questo modello ti è stato utile?

Scopri altri modelli aggiornati su:

<https://richiesta-pronta.com>

Vedi più modelli

Questo modello è destinato esclusivamente a un uso personale e non commerciale.
Qualsiasi diffusione o pubblicazione deve citare obbligatoriamente la fonte.

Questo modello è fornito a solo scopo informativo e non costituisce consulenza legale.
Si consiglia di consultare un professionista qualificato per situazioni specifiche.