



AS FO
Azienda sanitaria
Friuli Occidentale

 REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone
C.F. e P.I. 01772890933 – PEC asfo.protgen@certsanita.fvg.it

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE SERVIZIO MEDICINA DELLO SPORT

Mail: medicina.sport.pn@asfo.sanita.fvg.it

Pec: asfo.protgen@certsanita.fvg.it

Telefono: 0434 1923252

(lunedì e martedì dalle ore 12.00 alle ore 13.00)

RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Anche con finalità di autocertificazione e/o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ex artt. 46 e 47 DPR n.445/2000

Il sottoscritto/a _____ (cognome e nome)

Nato/a a _____ il _____

Documento di identificazione: Tipo _____ n. _____ scadenza _____

Emesso da _____ Telefono _____

DICHIARA DI ESSERE (barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste)

Diretto interessato

Il genitore (esercente la responsabilità genitoriale)

di _____ (cognome e nome)

nato/a a _____ il _____

Rappresentante Legale (tutore/curatore/amministratore di sostegno)

di _____ (cognome e nome)

nato/a a _____ il _____

CHIEDE PER USO

Sanitario Legale Amministrativo Assicurativo Altro (specificare) _____

IL RILASCIO DI

Fascicolo sanitario completo

ECG eseguito in data _____



AS FO
Azienda sanitaria
Friuli Occidentale

 REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone
C.F. e P.I. 01772890933 – PEC asfo.protgen@certisanita.fvg.it

- TEST da SFORZO eseguito in data _____
- SPIROMETRIA eseguito in data _____
- STICK URINE eseguito in data _____
- ALTRO: _____

SCELGO DI (barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste)

- Ritirare la copia di persona
- Delegare al ritiro della copia
Il/la Sig./ra _____ (cognome e nome) nato/a il _____
Documento di identificazione: Tipo _____ N. _____ Scadenza _____
Emesso da _____
- Ricevere la copia per posta, con spese a mio carico, all'indirizzo:
Via _____ n. civico _____ C.A.P. _____
Città _____ Prov. _____
- Ricevere la copia tramite posta elettronica certificata (**PEC**) al seguente indirizzo:
_____ (scrivere indirizzo mail PEC)

ALLEGO

- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente
- Fotocopia del documento di riconoscimento del/la delegato/a

Data _____

(Firma del richiedente)

Data del ritiro _____ Firma _____