



MSC11-SS REV. 0 APRILE 2026 Pag. 1 a 1	DIREZIONE SANITARIA AREA SOCIOSANITARIA	 
RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SOCIOSANITARIA		

Spett.le
 Fondazione Occhi Azzurri
 Via Serio, 34 – 26100 Cremona

Il sottoscritto/a _____ nato/a _____
 il _____ residente a _____ in via _____
 n°telefono/cellulare _____ e-mail: _____
 In qualità di esercente la podestà/tutela/curatela/amministratore di sostegno nei confronti di
 _____ nato/a _____
 il _____ residente a _____ in via _____

CHIEDE IL RILASCIO DI COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE

- REFERTO VISITA AMBULATORIALE del _____
- FASCICOLO SOCIO-SANITARIO (indicare l'intervallo temporale della presa in carico) _____

CONSEGNA DOCUMENTAZIONE	
<input type="checkbox"/> Spedizione , con spese a carico del destinatario, a: cognome e nome _____ residente a _____ (____) CAP _____ Via/Piazza _____ n. _____	
Il Centro CR2 Sinapsi declina qualsiasi responsabilità per eventuali disguidi postali	
<input type="checkbox"/> Ritiro allo sportello	<input type="checkbox"/> Ritiro allo sportello con delega

DELEGA

Il sottoscritto, documento d'identità n. _____ delega
 il/la Sig./ra _____ al ritiro della documentazione
 sanitaria richiesta (allegare il documento di identità del delegante)

DATA _____ FIRMA DEL RICHIEDENTE _____

Compilazione a cura dell'Ufficio di segreteria del Centro CR²Sinapsi

Il sottoscritto _____
 Documento di riconoscimento _____
 Riceve in data _____ la documentazione richiesta.

FIRMA DEL RICHIEDENTE/DELEGATO _____

FIRMA DELL'OPERATORE DI SEGRETERIA _____