



Fondazione ONLUS
MONS. A. Mazzali

ALL. 5

RICHIESTA RILASCIO CERTIFICATI

Il/La sottoscritto/a _____

già ospite di codesta Fondazione presso Unità Operativa _____

in qualità di familiare (indicare grado di parentela) _____

del Sig./Sig.ra _____

CHIEDE

Il rilascio di n. ____ certificati

indicanti la diagnosi medica

indicanti la diagnosi medica e la valutazione testistica

relativi alla Scheda Clinica Informativa

relativi alla Scheda Unica di Invio e Valutazione per ricovero in Cure Intermedie

Certificato per riconoscimento invalidità civile

Ad uso _____

Si allega ricevuta del versamento di € _____ (+ IVA se dovuta) a favore di codesta Fondazione

IN FEDE

Data _____

Istruzioni:

- consegnare modulo compilato presso gli Uffici Amministrativi
- versare contestualmente la tariffa (1)
- ritirare il certificato dal 15° giorno lavorativo dalla data della richiesta presso l'Unità Operativa

LA FATTURA VA INTESTATA A:

Sig./Sig.ra _____ nato/a _____

Il _____ residente a _____ prov. _____

Via _____ Cod. Fisc. _____

Si allega ricevuta del versamento di € _____ = (1)