

RICHIESTA COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____

Numero di telefono: _____ Mail: _____

In caso dell'atleta minorenne:

Il/La sottoscritto/a _____
(esercente la patria potestà genitoriale / rappresentante legale) dell'atleta minorenne:

Cognome e Nome _____
nato/a _____ il _____

Con la presente richiede:

- Copia dell'elettrocardiogramma in seguito alla visita medico sportiva;
- Copia della spirometria in seguito alla visita medico sportiva;
- Copia del referto dell' Ecocardiogramma
- Copia del referto dell'Holter ECG dinamico
- Copia del referto dell'Holter Pressorio.

Effettuata presso Domus Medica Group srl in data _____

Si allega copia del documento di identità del paziente o di chi ne esercita la patria genitoriale / tutela legale.

Data _____ Firma del richiedente _____

Compilazione a cura del personale di Domus Medica Group:

In data _____ DOMUS MEDICA s.r.l. consegna/manda
via mail al/alla Sig./Sig.ra _____
copia della documentazione sanitaria richiesta.

Firma del operatore _____