



M.d.S. MEDICINA DELLO SPORT

Centro Convenzionato: FEDERAZIONE MEDICO SPORTIVA ITALIANA (F.M.S.I.)
Autorizzazione Regionale: N°765 del 10/07/2006

Il/la sottoscritto/a

Nato/a.....il.....

Residente in.....Via

RICHIEDE

COPIA ECG o ESAMI.....

dell'atleta Visita effettuata il

presso il Centro di Medicina dello Sport - M.d.S. srl di PESCARA.

PER USO:

- ☐ MEDICO
- ☐ ASSICURATIVO/ LEGALE
- ☐ ALTRO USO CONSENTITO DALLE LEGGI VIGENTI

Tali documenti potranno essere ritirati dopo 7 (sette) giorni dalla richiesta effettuata previo pagamento di **euro 40,00** (quaranta/00) per i diritti di segreteria.

Data;

In fede.

.....

N.B. Trattandosi di dati riservati e sensibili, per rispetto della normativa sulla privacy è indispensabile, per il ritiro della cartella clinica, esibire un documento di riconoscimento