

# **RICHIESTA DI PRENOTAZIONE - SOGGETTO NON UDENTE -**

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A.....**  
(Cognome e nome)

**DATA DI NASCITA.....**

**NUMERO DI TESSERA SANITARIA .....**

## **CHIEDE DI PRENOTARE**

**PRESSO LA VOSTRA STRUTTURA.....**  
**LA SEGUENTE PRESTAZIONE:**

**COME DA PRESCRIZIONE MEDICA ALLEGATA**

.....

**SI PREGA DI INVIARE LA CONFERMA DI PRENOTAZIONE AL SEGUENTE  
NUMERO DI**

**FAX:.....**

**IL SOTTOSCRITTO AUTORIZZA LA STRUTTURA ALLA RACCOLTA ED AL TRATTAMENTO DEI  
PROPRI DATI PERSONALI FORNITI CON IL PRESENTE DOCUMENTO PER LE FINALITÀ  
INERENTI LA PRENOTAZIONE ED EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI**

**IN FEDE.**

.....  
**DATA**

.....  
**FIRMA**

**NOTE:**

.....  
.....