



**RICHIESTA COPIA QUIETANZA PRESTAZIONE SANITARIA EROGATA IN REGIME DI ATTIVITA' ISTITUZIONALE**

**Al Direttore Generale  
Mura delle Cappuccine, 14  
16128 Genova**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_ dichiara di non essere più in possesso della

quietanza di pagamento relativa alla prestazione sanitaria eseguita in data \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_ e pertanto ne richiede copia.

Data

Firma

**N.B.**

**Alla presente deve essere allegata fotocopia del documento di riconoscimento dell'intestatario della quietanza. In caso di ritiro non effettuato dall'intestatario della quietanza allegare delega e fotocopia del documento di identità sia del delegante che del delegato.**

**Riservato all'E.O. Ospedali Galliera**

Si dichiara che i dati anagrafici dell'intestatario/delegante/delegato corrispondono ai documenti di riconoscimento esibiti.

Genova \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

L'operatore \_\_\_\_\_

