

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Residente in _____ Via _____

Telefono _____

Ricoverato nel reparto di _____ Cartella n° _____ dal _____ al _____

Ricoverato nel reparto di _____ Cartella n° _____ dal _____ al _____

RICHIEDE

Copia cartella clinica per uso

- Medico
- Assicurativo
- Legale
- Altro uso consentito dalle leggi vigenti

Autentica SI NO

Data _____

In fede

Firma _____

Spazio riservato al delegante

Il sottoscritto delega per il ritiro della copia della cartella clinica il/la sig.:

Nome _____ Cognome _____

Domiciliato in: _____ Via/Piazza _____ n° civ _____

Data _____ Firma _____

Si allega fotocopia del documento di identità del delegante

Il delegato dovrà fornire in accettazione il proprio documento di identità di cui verrà trattenuta una fotocopia