



RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/la sottoscritto/a

Nato a Il

Documento di riconoscimento rilasciato dal

CHIEDE IL RILASCIO DI

Copia della cartella clinica relativi al ricovero presso il reparto di

Dal al

Copia certificato di

Esami di

Altro

Chiede di inviare la documentazione al seguente indirizzo:

.....

.....

DELEGA Il/la signore/a

Documento di riconoscimento n. rilasciato da

A ritirare per suo conto:

Allegati **Visionati** Presa visione di:

Documento **Fotocopia del documento del richiedente**
(necessaria in caso di richiesta inoltrata a mezzo posta o da altra persona).

Documento **Fotocopia del documento del delegato al ritiro**

Data Firma del richiedente

Data Firma del delegato/a

Autocertificazione: il sottoscritto, consapevole delle conseguenze dichiara che lo stato personale sopra riportato corrisponde a verità

N.B. Trattandosi di dati riservati e sensibili, per rispetto della normativa sulla privacy, è indispensabile, al momento del ritiro, esibire un documento di riconoscimento

Spazio riservato all'ufficio per la richiesta / consegna di:

CARTELLA/E CLINICA N. COPIA CERTIFICATO/I COPIA REFERTO/I ESAMI

ALTRO

Data ritiro Sigla Op.