

Cartella Clinica N. _____ / _____

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il ___/___/_____ tel.: _____ e residente a _____

via _____ (CF: _____),

ricoverato/a presso questa Casa di Cure il ___/___/_____ nel reparto di _____

CHIEDE

copia della cartella clinica del presente ricovero, consapevole che i dati in essa contenuti rientrano tra quelli protetti dal D.lgs. n. 196 del 30/06/2003.

Motivi della richiesta _____

Data _____ Firma _____

DELEGA PER IL RITIRO

DELEGO IL Sig./la Sig.ra _____

Nato/a a _____ il _____ residente in _____

Città _____ documento _____

Firma _____

N.B. in caso di delega, consegnare la copia del documento di identità sia del delegante che del delegato

PAGATO

DA PAGARE

DA SPEDIRE

RITIRA IN CASA DI CURE

Dichiaro di aver ricevuto copia di cartella clinica

Data _____ Firma _____

Firma dell'operatore che consegna _____