

**MODULO RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA**

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a a ..... il .....  
residente a .....  
via ..... tel .....

chiedo alla Direzione Sanitaria della Casa di Cura San Pier Damiano S.p.A. il rilascio di copia fotostatica  
della cartella clinica relativa al ricovero nel reparto: .....  
dal ..... al ..... Per uso .....

**ritiro direttamente** la copia personale

**delego al ritiro**, sotto la mia responsabilità, il/la sig.: .....

la copia della cartella sarà **inviata per posta** tramite raccomandata A.R. con la dizione  
"RISERVATA - PERSONALE" al seguente indirizzo: .....

Nome e cognome .....

Via ..... n° .....

CAP ..... Città .....

Tel.....

Firma .....

Data .....

**NOTA: per il ritiro della copia della cartella è necessario presentarsi con un documento di identità munito di fotografia.**

**ANNOTAZIONI DELL'UFFICIO AL MOMENTO DELLA CONSEGNA**

Cartella clinica n° ..... anno .....

Vista e confermata l'identità del/della sig. ....

Documento d'identità .....

n° ..... rilasciato il .....

n° Fattura ..... Data fattura .....

Firma dell'incaricato dell'ufficio .....