

RICHIESTA DI N°..... COPIE DI CARTELLA CLINICA

Il/La Sig/Sig.ra _____

Chiede copia conforme di cartella clinica relativa al proprio ricovero avvenuto in data

Data richiesta _____ firma _____

Pagata si no

Da avvisare telefonicamente n°tel. _____

Da spedire si no

Ritira personalmente si no

Data consegna _____ firma per il ritiro copia _____

Nel caso il ritiro del documento non avvenga a cura del paziente si prega di compilare la delega riportata di seguito:

Il/La Sig/Sig.ra _____

Delega al ritiro di n° _____ copie di cartella clinica

Il/La Sig./ra _____ firma del delegante _____

documento di riconoscimento del delegato _____

Data consegna _____ Firma per il ritiro copia _____