



MODULO DI DELEGA RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

Io sottoscritto/a _____

Delego _____ Tipo Documento _____ nr. _____

A richiedere la cartella clinica relativa al ricovero avvenuto in data _____ e autorizzo alla spedizione della stessa al domicilio indicato:

Via _____ N° _____

Località _____ Cap. _____ Prov. _____

N.B. la seguente delega non è valida se non accompagnata dal documento (C.I. o patente) del paziente e del delegato.

FIRMA DEL PAZIENTE
