



MODULO DI RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

PERSONA CHE HA EFFETTUATO IL RICOVERO

(scrivere in stampatello)

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____ Residente _____ Prov _____

Via _____ N° _____ Cap. _____ Tel. _____

RICOVERO:

Dal		Al		Reparto			n° copie	
Dal		Al		Reparto			n° copie	

INDIRIZZO DI INVIO DELLA RACCOMANDATA POSTALE

Via _____ N° _____

Cap. _____ Città _____ Prov. _____

FIRMA TITOLARE CARTELLA O CHI NE FA LE VECI

Data _____

COMPILARE SOLO SE IL RICHIEDENTE È DIVERSO DAL TITOLARE DELLA CARTELLA

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____ Residente _____ Prov _____

Via _____ N° _____ Cap. _____ Tel. _____

In qualità di:

<input type="radio"/> Genitore	<input type="radio"/> Coniuge	<input type="radio"/> Figlio	<input type="radio"/> Erede	<input type="radio"/> Altro
--------------------------------	-------------------------------	------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci:

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Data _____

N.B. allegare fotocopia documento di identità (fronte retro) in corso di validità del richiedente e dell'intestatario della documentazione sanitaria.