

Oggetto: Richiesta di documentazione sanitaria

Il sottoscritto

Nato a

il

Documento di riconoscimento n.

rilasciato da

CHIEDE IL RILASCIO DI

Copia della cartella clinica

Altro

Delega al ritiro il /la Sig.

Data

Il richiedente

Firma

Chiede di inviare la documentazione al seguente indirizzo:

Allegati:

Fotocopia del documento del richiedente (necessaria in caso di richiesta inoltrata a mezzo posta o da altra persona)

Fotocopia del documento del delegato al ritiro.

Autocertificazione: il sottoscritto, consapevole delle conseguenze dichiara che lo stato personale sopra riportato corrisponde a verità

Il richiedente

Firma

Spazio riservato all'ufficio

CATELLA CLINICA N.

DATA RITIRO

N.B. Trattandosi di dati riservati e sensibili, per rispetto della normativa sulla privacy, è indispensabile, al momento del ritiro, esibire un documento di riconoscimento