

Da spedire: SI NO

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

Il/La Sottoscritt.....nat...a

Il....., residente in.....CAP.....prov(.....)

Via.....N°.....Tel:.....

Delegato del paziente.....nato a.....il.....

Genitore di.....nato a.....il.....

tutore dinato ail.....

Come da Provv. N°.....del.....

Erede di.....nato a.....il.....

deceduto ail.....

Ricoverato presso codesto P.O.:

Unità Operativa.....dal.....al.....

Unità Operativa.....dal.....al.....

CHIEDE

- Copia della Cartella Clinica
- Certificato di Pronto soccorso
- Copia CD radiologico

La informiamo che i dati raccolti verranno trattati in conformità dell'art.13 del D.Lgs n. 196/03 e il trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei suoi diritti

Allega: copia documento di identità

Firma del richiedente

.....

Annotazioni.....

Delega al ritiro il/la Sig/ra, nat_ ail.....

Residente a in via

Firma del delegato

Firma del delegante

.....

.....