

MODULO PER RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

Il/la sottoscritto/a _____

In qualità di: (segnare con x) Intestatario/a della documentazione.

Delegato/a

Erede legittimo/a

Tutore

Altro _____

Chiede che venga approntata e consegnata n. ___ copia/e della Cartella

Clinica del/la Signor/a _____

Numero telefonico da contattare per la consegna o per altre informazioni

necessarie all'espletamento della pratica: _____

Sarnico, _____

In fede

Allegare documento d'identità.

Via Vittorio Veneto, 72 – 24067 Sarnico Bg – Tel. 035 4261453 Fax 035 4264230
direzione.amministrativa@cdrfaccanoni.com - direzione.amministrativa@pec.cdrfaccanoni.com
www.cdrfaccanoni.com