

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/lla 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.