

## **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/Ila Signor/a \_\_\_\_\_

Indicare se intera cartella clinica o se un periodo specifico:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Numero telefonico da contattare per la consegna o per altre informazioni  
necessarie all'espletamento della pratica: \_\_\_\_\_

Sarnico, \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_

Allegare documento d'identità.