

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 - Curatore - Amministratore di sostegno

Altro _____

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

Clinica del/lla 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.