

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ Nat\_ a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ cod. fiscale \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Tel./Cell \_\_\_\_\_

Fax/eMail \_\_\_\_\_

nella sua qualità di <sup>(1)</sup>:

- INTESTATARIO DELLA CARTELLA CLINICA
- MEDICO CURANTE / SPECIALISTA (2)
- TUTORE/CURATORE (2)
- DELEGATO DALL'INTESTATARIO DELLA CART. CLINICA (3)
- EREDE DELL'INTESTATARIO DELLA CARTELLA CLINICA (4)

**RICHIEDE**

copia referto \_\_\_\_\_ (specificare tipologia di referto)

intestato a \_\_\_\_\_

ricoverat\_ presso questa Casa di Cura nei periodi sottoelencati:

1. N. copie \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso Reparto di \_\_\_\_\_ C.C n. \_\_\_\_\_

2. N. copie \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso Reparto di \_\_\_\_\_ C.C n. \_\_\_\_\_

3. N. copie \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso Reparto di \_\_\_\_\_ C.C n. \_\_\_\_\_

4. N. copie \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso Reparto di \_\_\_\_\_ C.C n. \_\_\_\_\_

Per un totale di n. copie \_\_\_\_\_

**MODALITA' DI RITIRO (4)**

- Attraverso client mail** al seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_

- Di persona, presso l'accettazione della Casa di Cura**

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA DEL RICHIEDENTE \_\_\_\_\_

(1) indicare con una croce la qualità che si intende dichiarare

(2) allegare dichiarazione sostitutiva di certificazione e fotocopia del documento di identità

(3) delega firmata dall'intestatario della documentazione clinica - fotocopia del documento d'identità del delegante e del delegato

(4) allegare dichiarazione sostitutiva atto di notorietà e fotocopia del documento d'identità

(5) indicare con una croce la modalità di ritiro.