

Il / la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
Residente in via \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_  
CAP. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
Documento d'identità n. \_\_\_\_\_

Chiede il rilascio di copia della cartella clinica relativa al seguente/i ricovero/i

N° Copie	Reparto di Dimissione	Cognome e Nome Paziente

La documentazione è richiesta per uso:  medico;  privato;  assicurativo.

La cartella clinica verrà ritirata:  personalmente;  
 dal Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ da me  
delegato al ritiro con apposito modulo.

Roma \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma del richiedente  
\_\_\_\_\_