

Il / la sottoscritto/a : \_\_\_\_\_  
 nato/a : \_\_\_\_\_ il : \_\_\_\_\_  
 residente in : \_\_\_\_\_ Via : \_\_\_\_\_  
 Città : \_\_\_\_\_ CAP : \_\_\_\_\_  
 Telefono : \_\_\_\_\_  
 Documento d'identità Tipo : \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

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

Reparto	Paziente	Data dimissioni	Copie

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

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

Firma del richiedente

### DELEGA

Il/la sottoscritto/a Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ delega al  
 ritiro il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_\_\_.

*(Allegare fotocopia di un documento valido del delegante e del delegato)*

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

Firma per il Ritiro