

Modulo di richiesta cartella clinica

Roma \_\_\_\_\_

Io sottoscritto Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Rec telefonico \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

In qualità di :

° Intestatario - ° Erede dell'intestatario - ° Esercente la patria potestà - ° Tutore - ° Altro \_\_\_\_\_

Dati del richiedente in qualità di \_\_\_\_\_ solo se diverso dall'intestatario della cartella clinica

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Importante : allegare fotocopia controfirmata di un documento di riconoscimento Fronte /retro dell'intestatario . Le stesse documentazioni di legge attestanti la titolarità del delegato.

Chiedo che la consegna della documentazione avvenga a mano presso questo sportello in Via Britannia 25/27 – 00183 Roma Tel 06-70451059 e di essere avvertita quando è pronta al seguente n. telefonico \_\_\_\_\_ o mail \_\_\_\_\_

Dichiaro di aver ritirato in data odierna la cartella clinica da me richiesta in data \_\_\_\_\_

Roma \_\_\_\_\_

Firma del titolare della cartella \_\_\_\_\_

Firma del delegato \_\_\_\_\_