

Io sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____ nato/a a _____ il _____ tel. _____ cell. _____ in qualità di intestatario della documentazione, **oppure:**

- Tutore/Amministratore di Sostegno;
- Familiare (con delega) di:

cognome _____ nome _____

nato/a a _____ il _____ Residente a _____
Via/Piazza _____ N _____ Provincia _____ Cap _____

tel. _____ cell. _____

ricoverato presso la SRTR VILLA ELISA _____ dal _____ al _____

CHIEDO

Copia cartella clinica relativa al mio ricovero in SRTR

DELEGO

il/la sig./ra _____ a richiedere copia della Cartella Clinica relativa al mio ricovero sopra indicato.

RICHIEDO N. ___ COPIE CONFORMI DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA

(il costo per ogni copia della cartella clinica è di € 15,000 più € 0,50 per foglio)

Chiedo che la consegna avvenga con la seguente modalità:

- ritiro personale (entro 15 giorni lavorativi)
- ritiro da persona delegata (cognome _____ nome _____)

Al momento del ritiro fornire delega e fotocopia del documento di identità del delegato e del delegante.

FIRMA
