

Il/La Sottoscritto/a nato/a il / /
a Residente a
via n°

Chiede

- COPIA CARTELLA CLINICA**
- COPIA REFERTO P.S.**
- COPIA INDAGINI STRUMENTALI**
- COPIA CARTELLA AMBULATORIALE**
- COPIA REFERTAZIONE LETTO TECNICO O OBI**
- COPIA CD**
- COPIA REFERTI VARI**

Del ricovero e/o prestazioni avvenute

Dal al
nel reparto

Al ritiro del documento il Sottoscritto DELEGA

Specificatamente Il Sig.
.....

Rapporto di parentela

Documento del delegante

Documento del delegato

Data

Firma