

<i>Filia Chiara S.p.A.</i>	RICHIESTA E RITIRO COPIE CARTELLE CLINICHE	Codice: MOD.AMM.19
MODULO		Rev.1 Data: 30.04.2005 Pag.. 1/2

Io sottoscritto/a

Nato/a a *il*

CHIEDO

Copia della cartella clinica relativa al mio ricovero presso la vostra struttura dal *al*

In fede

Data

Delego al ritiro il Sig./ la Sig.ra

Nato/a a *Il*

In fede

.....

Chiedo che la copia di cartella clinica sia spedita sotto la mia responsabilità al seguente indirizzo:

Cognome e nome

Via

CAP *CITTA'*

In fede

.....

N.B. SI FA PRESENTE CHE IL RITIRO DELLA COPIA DI CARTELLA CLINICA DOVRA' ESSERE EFFETTUATO ENTRO 60 GG. DALLA PRESENTE RICHIESTA. IN CASO CONTRARIO LA CASA DI CURA TORNERA' AD ARCHIVIARE LA CARTELLA E OCCORRERA' NUOVA RICHIESTA PER AVERLA

<i>Villa Chiara S.p.A.</i>	RICHIESTA E RITIRO COPIE CARTELLE CLINICHE	Codice: MOD.AMM.19
MODULO		Rev.1
		Data: 30.04.2005
		Pag.. 2/2

COPIA DI CARTELLA CLINICA DEL SIG.

RITIRATA

DALL'INTERESSATO SIG.

DAL DELEGATO SIG.

DOCUMENTO D'IDENTITA' DEL SIG.

TIPO

RILASCIATO DA

IL

DOCUMENTO D'IDENTITA' DEL DELEGATO SIG.

TIPO

N.

RILASCIATO DA

IL

DATA

FIRMA