

**RICHIESTA DI COPIA
DI CARTELLA CLINICA**



Cremona, lì _____

Spett.le
Direzione Medica
Presidio Ospedaliero di Cremona
Largo Priori 1
26100 CREMONA

Fax n. 0372/405620

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____
nato/a a _____ il _____
residente in _____ via _____ n. _____ CAP _____
tel. _____ cell. _____ fax _____,
identificato/a con il seguente documento d'identità _____

CHIEDO

il rilascio di copia della documentazione sanitaria sotto elencata intestata a:

Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ il _____ residente in _____
via _____ n. _____ CAP _____

CARTELLA CLINICA N.	DATA RICOVERO	REPARTO

RICHIESTA DI COPIA DI CARTELLA CLINICA

La richiesta ha carattere d'urgenza

SI'

NO

**Chiedo che la documentazione venga spedita a
mezzo raccomandata r.r.**

SI'

NO

Al seguente indirizzo: Cognome _____ Nome _____
via _____ n. _____ Comune _____
Prov. _____ CAP _____

FIRMA

ALLEGATI: *(barrare le caselle che interessano)*

- Documento di identità del richiedente (se richiesta inviata via fax o per posta)
- Atto di delega del titolare e fotocopia del documento d'identità dello stesso
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione o di atto notorio che attesti la qualità di persona legittimata a richiedere i documenti per conto dell'intestatario
- Ricevuta di pagamento dei diritti di copia (bolla n. _____)
- Altro: _____

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

Data richiesta

Data prevista consegna
