

DOMUS NOVA Ospedale Privato Accreditato	RICHIESTA DI COPIA CARTELLA CLINICA	R155- Rev. 5 Pag 1 Data di applicazione 01/11/14
--	--	--

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Richiede copia della cartella clinica, di cui è intestatario, relativa al/i ricovero/i avvenuto/i presso codesto Ospedale Privato

Dal _____ al _____

Dal _____ al _____

Dal _____ al _____

La copia della cartella clinica è richiesta per il seguente uso: _____

La copia della cartella clinica deve essere inviata per posta

La copia della cartella clinica verrà ritirata

e con il presente atto **DELEGA, allegando copia del proprio documento di identità:**

Il/la Sig./ra _____

Residente a _____ via _____ n. _____

a ritirare la copia della/e cartella/e richiesta a codesto Ospedale Privato

data _____

firma dell'interessato

Io sottoscritto/a impiegato/a incaricato/a _____ attesto che mi sono personalmente accertata dell'identità della persona delegata al ritiro della copia della/e cartella/e clinica/che richiesta/e dall'intestatario della/e stessa/e

Tipo di documento _____

Autorità che l'ha rilasciato _____

Numero _____

firma dell'impiegato/a incaricato/a

firma della persona delegata

Il Direttore Sanitario:

concede copia della cartella clinica

non concede copia della cartella clinica per i seguenti motivi

Il Direttore Sanitario
