



ISTANZA DI RILASCIO COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

Gentile Utente,

La informiamo che è possibile richiedere, già al momento dell'accettazione, il rilascio della copia della cartella clinica relativa al Suo ricovero.

Il/La sottoscritto/a.....

nato/a..... il

residente in Via..... C.A.P.

telefono/cellulare

Tipo documento identificativo (che si allega in copia)

carta identità patente altro numero

In qualità di:

genitore / tutore delegato di nato a..... il

RICHIEDE LA FOTOCOPIA DELLA CARTELLA CLINICA

relativa al ricovero avvenuto il

la consegna avverrà tramite spedizione a domicilio, al costo di 35,00 (trentacinque) €uro (IVA inclusa)
pagamento con contrassegno in contanti al corriere che effettuerà la consegna

al seguente indirizzo:

Sig./Sig.ra

Via e n° civico Città C.A.P.

telefono/cellulare

Mestre (VE)

IN FEDE

il presente modulo andrà consegnato all'ufficio Accettazione/Cartelle cliniche o al Caposala del reparto

Spazio riservato all'ufficio cartelle cliniche