



## 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) Euro (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*