

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____

Via _____ tel. _____

Documento di identità: _____

Chiedo alla Direzione della Casa Di Cura "Villa Salus", il rilascio di copia fotostatica della cartella clinica relativa al ricovero di :

- me medesimo
- del/la Sig./ra. _____ Impossibilitata a firmare per le sue condizioni psico-fisiche.

nel reparto: _____ dal _____ al _____ per uso _____

- Ritiro direttamente la copia personale
- Delego al ritiro, sotto la mia responsabilità, il/la Sig. _____
- Copia della cartella sarà inviata per posta al seguente indirizzo:

Nome e Cognome _____

Via _____ n. _____

CAP _____ Città _____

Tel . _____

Firma _____ data _____

NOTA: per il ritiro della copia della cartella è necessario presentarsi con un documento di identità .

Io sottoscritto _____

Documento d'identità _____ n. _____

Rilasciato il _____

Dichiaro di avere ritirato la documentazione clinica di cui sopra:

data _____ firma _____