

Spett./le Direzione Sanitaria

Oggetto: Richiesta di Cartella Clinica

Io/La sottoscritto / a _____ nato/a _____

Il _____ e residente in _____

alla via _____ n° _____

chiedo

che mi venga rilasciata copia della cartella clinica.

Il ricovero e' avvenuto in data _____ Cartella Clinica N° _____

Il Richiedente

P.S. Delego al ritiro della mia Cartella Clinica il

Sig. _____

con documento di riconoscimento n° _____

Aversa, li _____

Il Delegato

Il Delegante
