



DOMANDA PER LA RICHIESTA DI COPIA CARTELLA CLINICA O CERTIFICATO

Oliveto Citra, li \_\_\_\_\_

Spett.le  
DIREZIONE SANITARIA  
P.O. "S. F. D'ASSISI"  
OLIVETO CITRA - SA -

\_\_\_\_\_ (sottoscritt) \_\_\_\_\_  
nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

DELEGATO

da \_\_\_\_\_  
nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

a richieder\_\_\_\_\_ il rilascio della copia della cartella clinica o di un certificato  
relativo al ricovero avvenuto presso l'U.O. di \_\_\_\_\_ di  
codesto P.O. il \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ per

per uso: \_\_\_\_\_  
Documento di Riconoscimento: \_\_\_\_\_

Con Osservanza  
\_\_\_\_\_

DIREZIONE SANITARIA

Preso visione della presente SI AUTORIZZA il rilascio  
della copia della cartella clinica o certificato.

Il Direttore Sanitario

N° \_\_\_\_\_ Reg. Ril. Cen.

Fattura N. \_\_\_\_\_