



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 _____

CHIEDE

il rilascio della copia della propria cartella clinica o di un certificato relativo al ricovero avvenuto presso l'U.O. di _____ di codesto Presidio Ospedaliero il _____ n. _____ per uso: _____

Il ritiro di detta cartella clinica o certificato verrà effettuato direttamente dall'interessat_ o dal sig. _____ da me regolarmente autorizzato.

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. Cet

Fattura N. _____