



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. \_\_\_\_\_