



**RICHIESTA COPIA CARTELLA
CLINICA**

**RFC
REV. 0 DEL 01.02.2023**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NAT _____ IL _____ A _____

RESIDENTE IN _____

RICOVERAT _____ IL _____ DOCUMENTO _____ N° _____

CHIEDE IL RILASCIO DELLA FOTOCOPIA DELLA CARTELLA CLINICA

DATA _____

FIRMA

FIRMA

DELEGA IL/LA SIGNOR _____

DOCUMENTO _____ N° _____ **AL RITIRO DELLA PROPRIA CARTELLA CLINICA**

FIRMA

RITIRA LA CARTELLA CLINICA IL/LA SIGNOR _____

DOCUMENTO TIPO _____ N° _____

DATA

FIRMA
