



**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**

\_\_\_\_\_