

Rovigo, li

Spett.le
Casa di Cura
"Città di Rovigo" S.r.l.
Direzione Sanitaria
45100 ROVIGO (RO)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente in _____, C.A.P. _____
via _____, recapito telefonico _____
identificato/a tramite il documento allegato,

PREMESSO CHE

- è stato/a ricoverato/a presso la Casa di Cura "Città di Rovigo S.r.l." di Rovigo (RO)
dal _____ al _____ reparto _____,
tramite il presente atto
- ha effettuato in data _____,
la seguente prestazione sanitaria (*specificare*) _____

DELEGA

il/la sig./ra _____, nato/a il _____,
a richiedere copia della cartella clinica/documentazione sanitaria a quanto sopra specificato.

In fede

(firma leggibile)