

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 \_\_\_\_\_,

ha effettuato in data \_\_\_\_\_,  
la seguente prestazione sanitaria (*specificare*) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

tramite il presente atto

**DELEGA**

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

In fede

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)