

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 _____

in qualità di (barrare il caso che interessa)

- Titolare, identificato tramite il documento allegato
- Legale rappresentante (genitore di minore/tutore/amministratore di sostegno), come da autocertificazione in allegato
- Erede, come da autocertificazione in allegato
- Delegato, come da autocertificazione in allegato

CHIEDE

Che venga rilasciata, in carta libera e per gli usi consentiti dalla legge e previo pagamento del costo sostenuto, copia fotostatica della cartella clinica relativa alla seguente degenza (barrare e compilare il caso che interessa):

- del/la sottoscritto/a dal _____ al _____ reparto _____ ;
- di _____ dal _____ al _____ reparto _____ ;

La predetta copia (barrare il caso che interessa)

- sarà consegnata nelle mie mani;
- sarà consegnata al/la sig./ra _____, che viene da me delegato/a al ritiro tramite il presente atto; a tal fine pongo in allegato alla presente copia il mio documento di identità;
- sarà inviata all'indirizzo del titolare.

In fede

(firma leggibile)

L'impiegato presente al momento della sottoscrizione
