

RICHIESTA DI COPIA CARTELLA CLINICA “Chek-up”

Il sottoscritto _____ Nato a _____ il _____

Richiede copia della cartella clinica, di cui è intestatario, relativa al/ Check-up/ avvenuto/ presso codesto Poliambulatorio dal _____ al _____

La copia della cartella clinica è richiesta per il seguente uso: _____

θ La copia della cartella clinica deve essere inviata per posta

θ La copia della cartella clinica verrà ritirata e con il presente atto DELEGA, allegando copia del proprio documento di identità: Il/la Sig./ra _____

Residente a _____ via _____ n. _____

a ritirare la copia della/e cartella/e richiesta a codesto Poliambulatorio

data _____ **firma dell'interessato** _____

Io sottoscritto/a impiegato/a incaricato/a _____ attesto che mi sono personalmente accertata dell'identità della persona delegata al ritiro della copia della/e cartella/e clinica/che richiesta/e dall'intestatario della/e stessa/e Tipo di documento _____ Autorità che l'ha rilasciato _____ Numero _____

firma dell'impiegato/a incaricato/ _____

firma della persona delegata _____

Il Direttore Sanitario:

concede copia della cartella clinica

non concede copia della cartella clinica per i seguenti motivi

Il Direttore Sanitario