



Modulo richiesta copia cartella clinica

Spett.le
**Azienda Pubblica di Servizi alla
Persona
San Luigi Scrosoppi
Via Morgagni, 5
33028 TOLMEZZO**

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

in qualità di:

- titolare della documentazione
- soggetto esercente tutela legale (si allega copia dell'atto di nomina)
- legittimo successore (si allega l'atto notorio)
- delegato/a (si allega la delega con la fotocopia del documento di riconoscimento della persona titolare della documentazione e del delegato)
- altro

chiede

il rilascio di una copia della cartella clinica

del/la sig./ra _____

nato/a il _____

e ricoverato/a presso questa A.S.P. dal _____ al _____

Si impegna a rimborsare il costo di riproduzione all'Azienda pubblica di servizi alla persona della Carnia "San Luigi Scrosoppi".

Indica la seguente modalità di ritiro:

- personalmente
- Inoltro per via postale.

Cordiali saluti.

Data _____

Firma _____

Mitt.: _____