

Rimini, _____

ALLA DIREZIONE SANITARIA

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____
in Via _____ n° _____ tel. _____
documento di identità _____

CHIEDO

- per me medesimo,
oppure
 nella veste di _____
per il/la Sig. _____
nato/a a _____ il _____
documento di identità _____

come da delega scritta dell' interessato, allegata, il rilascio della/e **COPIA/E
CARTELLA CLINICA** relativa/e al/ai seguente/i ricovero/i:

dal _____ al _____ N. _____ Reparto _____

dal _____ al _____ N. _____ Reparto _____

dal _____ al _____ N. _____ Reparto _____

- Chiedo che la documentazione clinica richiesta sia inviata a mezzo posta
all' indirizzo su indicato o al seguente indirizzo:
 Provvederò al ritiro personalmente o per persona delegata.

firma del richiedente

- Dichiaro di aver ritirato la documentazione clinica di cui sopra in data _____

firma

In conformità all'art 5 del D.Lgs n 33/2013, si riporta il nominativo del responsabile della corretta tenuta della cartella clinica Direttore Sanitario Dott. Massimo Montesi recapito telefonico 0541/725104

REDAZIONE			APPROVAZIONE			VERIFICA		
Data	Funzione	Visto	Data	Funzione	Visto	Data	Funzione	Visto
21/06/24	RGQ		21/06/24	RGQ		21/06/24	Direttore Sanitario	