

## **RICHIESTA COPIA CONFORME DI CARTELLA CLINICA**

Spett.le  
**CENTRO STUDI MEDICI S.R.L.**  
**Via Brindisi, 148 - 72100 – BRINDISI**  
**Alla C.A. della Direzione Sanitaria**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, c.f. \_\_\_\_\_,

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),

alla via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Rec. Tel. \_\_\_\_\_

mail \_\_\_\_\_

in qualità di intestatario della Cartella Clinica in Vostro possesso, **CHIEDE**, copia conforme all'originale della CARTELLA CLINICA inerente alle prestazioni sanitarie a cui il/la sottoscritto/a è stato/a sottoposto/a presso il Centro Studi Medici S.r.l. in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ con il Dott.

\_\_\_\_\_

Chiede inoltre che (**barrare una sola scelta**):

- ☐ La Cartella Clinica venga ritirata personalmente dal sottoscritto;
- ☐ La Cartella Clinica venga ritirata presso la Vostra Sede di Mesagne (Br) dal/dalla Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ in possesso di regolare delega firmata dall'intestatario della documentazione (MODULO C)
- ☐ La Cartella Clinica venga spedita a mezzo corriere al seguente indirizzo postale:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

Data Richiesta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**FIRMA DEL RICHIEDENTE**

\_\_\_\_\_