

MODULO A

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 inherente 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
