

MODULO B

DELEGA RICHIESTA/RITIRO DI COPIA DI CARTELLA CLINICA

Richiedente TERZI

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, **DELEGA**,

Il/ La Sig./Sig.ra _____, c.f. _____,
nato/a a _____ (____) il ____/____/_____
e residente in _____ (____),
alla via _____ n° _____
a **RICHIEDERE e RITIRARE** 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. _____

Data Richiesta ____/____/____

FIRMA DEL DELEGANTE

ESTREMI DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL DELEGATO

N.B. Anche il Delegato è tenuto ad esibire allo sportello Ufficio Cartelle Cliniche il proprio documento di riconoscimento

Allega fotocopia del proprio documento di riconoscimento.