

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.