

DELEGA AL RITIRO DI COPIA CONFORME 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,

DELEGA

Il/ La Sig./Sig. a _____, c.f. _____,
nato/a a _____ (____) il ____/____/_____
a 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.