

ALLA DIREZIONE SANITARIA

Fondazione S. Angela Merici ONLUS

Desenzano del Garda (BS)

RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____

residente in via _____ tel _____

in qualità di _____ dell'ospite _____

Chiede il rilascio della seguente documentazione del suddetto ospite

Copia cartella clinica

DATA _____

FIRMA _____

Doc. di riconoscimento _____ nr _____ rilasciato da _____
il _____

Il sottoscritto _____ delega il/la Sig./sig.ra _____

al ritiro della documentazione sopra richiesta. A tal fine allega copia documento d'identità del delegato.

DATA _____

FIRMA _____

Il/La Sig/sig.ra _____ dichiara di ricevere in data _____ la
documentazione sopra richiesta.

**SI CONSEGNA LA DOCUMENTAZIONE IN FORMATO PDF SU SUPPORTO ELETTRONICO
(CHIAVETTA USB)**

DATA _____

FIRMA _____