

FATT.N° _____

N° INT. _____

Spett.le
DIREZIONE SANITARIA
Casa di Cura Polispecialistica "San Giorgio"
PORDENONE

DA SPEDIRE

OGGETTO: Richiesta di rilascio copia/e cartella/e clinica

Il / la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n° _____

telefono _____

DOCUMENTO D'IDENTITA'

Carta d'identità n° _____ Comune _____ in data _____

O

Patente N° _____ Pref. _____ in data _____

Chiede il rilascio della copia/e della/e cartella/e clinica relativa ai ricoveri

REPARTO _____ DATA _____

REPARTO _____ DATA _____

.

PORDENONE _____

Firma del richiedente _____

DELEGA per il ritiro della stessa/e

Il/ la Signor/a _____ nato/a _____ il _____

Residente a _____ Via _____ n° _____

Grado di parentela _____

Firma del richiedente _____