

Io sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ in qualità di intestatario della documentazione, **oppure:**

- ☐ Tutore/Amministratore di Sostegno;
- ☐ Familiare (con delega) di:

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

ricoverato presso la SRSR H24 IL MOSAICO \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**CHIEDO**

Copia cartella clinica relativa al mio ricovero in SRSR

**DELEGO**

il/la sig./ra \_\_\_\_\_ a richiedere copia della Cartella Clinica relativa al mio ricovero sopra indicato.

**RICHIEDO N. \_\_\_\_ COPIE CONFORMI DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA**

(il costo per ogni copia della cartella clinica è di € 15,00)

**Chiedo che la consegna avvenga con la seguente modalità:**

- ☐ ritiro personale (entro 30 giorni lavorativi)
- ☐ ritiro da persona delegata (cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_)

Al momento del ritiro fornire delega e fotocopia del documento di identità del delegato e del delegante.

**FIRMA**

\_\_\_\_\_