



**PINETA DEL CARSO**

casa di cura

Viale Stazione, 26 – 34011 Aurisina (TS)

Tel 040 3784111 Fax 040 201170

[www.pinetadelcarso.it](http://www.pinetadelcarso.it)

## **RICHIESTA COPIA DI CARTELLA CLINICA/CONTROTIPI/CD**

**Titolare:**

**Nome e Cognome** \_\_\_\_\_

**Data di nascita** \_\_\_\_\_ **Residenza** \_\_\_\_\_

**Documento d'identità** \_\_\_\_\_ (allegata fotocopia documento d'identità)

**DELEGA:**

**Il/la Sig./Sig.ra** \_\_\_\_\_

**Nato/a** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_

**Documento d'identità numero** \_\_\_\_\_

A ritirare la documentazione sanitaria di cui sotto.

**CHIEDE IL RILASCIO DI:**

  
  
  

**copia cartella clinica**

**controtipi**

**CD con copia di esami di diagnostica per immagini**

**spedizione** all' indirizzo suindicato, oppure al seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_

**DATA RICHIESTA** \_\_\_\_\_ **FIRMA** \_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO**

**FIRMA DELL'ADDETTO ALLA CONSEGNA** \_\_\_\_\_ **DI DATA** \_\_\_\_\_

**SPEDITA COPIA CARTELLA in DATA** \_\_\_\_\_