



CARTELLA CLINICA N° \_\_\_\_\_ ANNO \_\_\_\_\_

**Alla Direzione Sanitaria**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_  
già ricoverato/a in questa Casa di Cura il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_,

**chiede**

che gli/le venga rilasciata copia della cartella clinica.

Delega, per il ritiro:

il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a autorizza, altresì, codesta Casa di Cura ad emettere regolare fattura dell'importo di 20,00 euro, IVA inclusa.

Cosenza \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_

Firma dell'eventuale delegato \_\_\_\_\_

**RISERVATO ALL'UFFICIO**

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO: [ ] Patente [ ] Carta d'Identità N° \_\_\_\_\_  
del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
SIGNOR/A \_\_\_\_\_  
RESIDENTE IN \_\_\_\_\_