



S
T
A
M
P
A
W
E
B

S
T
A
M
P
A
W
E
B

S
T
A
M
P
A
W
E
B

S
T
A
M
P
A
W
E
B

S
T
A
M
P
A
W
E
B

Il Sottoscritto/a..... nato/a a.....
 il residente a in
 documento n°..... Cod. Fiscale.....

Attenzione il N° di Codice Fiscale è obbligatorio per l'emissione della fattura.

CHIEDE LA CARTELLA CLINICA

Periodo del ricovero.....

Data.....

Firma

In riferimento alla legge n. 675/96, si informa che le cartelle cliniche possono essere ritirate solo dal diretto interessato (munito di documento) o da un suo delegato espressamente segnalato, e munito di delega autenticata.
 In caso di delega è necessario esibire i documenti del delegato e del delegante.



DELEGA

IO SOTTOSCRITTO/A
 DELEGO IL/LA SIG.R/A
 AL RITIRO DELLA CARTELLA CLINICA DEL SIG.R/A.....
IN DATA/...../.....

FIRMA

DOCUMENTO DEL DELEGATO

DOCUMENTO DEL DELEGANTE

TIPO:

TIPO:

N° :

N° :

RILASCIATO DA:.....

RILASCIATO DA:.....

IN DATA:

IN DATA:

N. B.
LA CARTELLA CLINICA VA RICHIESTA DALL'INTESTATARIO DELLA STESSA.
IN CASO DI IMPOSSIBILITA' A RITIRARLA DA PARTE DELL'INTERESSATO, E' NECESSARIO DELEGARE UNA PERSONA DI FIDUCIA COMPILANDO LA DELEGA SOTTOSTANTE IN TUTTE LE SUE PARTI E LA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO SIA DEL DELEGATO CHE DEL DELEGANTE.

PRIMA DEL RITIRO CHIAMARE IL N° 063608081