

OGGETTO: RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

Io sottoscritto/a _____
cod.fisc. _____ *nato/a a* _____
il _____ *residente a* _____
alla via _____ *CAP* _____
tel. _____ *in qualità di* _____
del sig./sig.ra _____
ricoverato/a presso la Struttura Hospice San Bartolomeo di Martina Franca
(TA) dal giorno _____ *al* _____ :

CHIEDO

copia della corrispondente cartella clinica per i fini consentiti dalla Legge.

FIRMA DI CHI RITIRA _____

☒ *Si consegna per delega (allegata)*

Amministrazione

Martina Franca, lì

Il costo è di €30,00 + Iva (€ 36,60) da corrispondersi anticipatamente all'atto della presente richiesta. (Supplemento urgente +€30,00)