

RICHIESTA DI RILASCIO DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA
--

Spett.le Azienda di Servizi alla Persona Valsasino
 Direzione Medica
 Via Valsasino, 116
 20078 San Colombano al Lambro (MI)

Il sottoscritto			
Nato a		il	
Residente in			
Indirizzo/n./cap.			
Telefono n°		Cellulare n°	
Doc.identità n°		Rilasciato da	
Codice fiscale			

In qualità di (barrare la casella):

- Diretto interessato
- erede legittimo (allegare documentazione probatoria o certificazione sostitutiva)
- tutore (allegare documentazione probatoria o certificazione sostitutiva)
- medico curante
- delegato (allegare delega scritta)

CHIEDE

A) il rilascio di copia della cartella clinica del/la Sig./Sig.ra.....
 nato/a a il
 ricoverato presso l'Istituto dal al

B) delega per il ritiro:

il/la Sig/Sig.ra			
Nato a		il	
Doc.identità n°		Rilasciato da	
Telefono n°		Cellulare n°	

A tal fine provvede al pagamento con bancomat di € 40,00.= (QUARANTA/00) come da tabella dei costi di riproduzione e ricerca in vigore presso l'Azienda (D.G. n.89 del 23/11/2023), per il quale verrà rilasciata regolare fattura.

Luogo e data.....

firma

La presente richiesta deve essere allegata, a cura del responsabile del procedimento, al fascicolo relativo al suddetto degente
