

Data di emissione: 05.01.2015

Approvazione: IL DIRETTORE

Alla c.a del Medico

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ residente a
_____ in Via _____ n. _____
con la presente

chiede copia della seguente documentazione:

- Cartella Sanitaria
- Esami ematici
- Referti visite specialistiche
- Altro _____;

- dello stesso
- dell'Ospite _____ in qualità di _____

per la seguente motivazione: _____

In fede,

Data, _____

Firma: _____

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Spazio riservato al Medico

Autorizzazione rilascio documentazione richiesta:

- autorizzo
- non autorizzo

Motivazione:

Data,

IL MEDICO

Data di emissione: 05.01.2015

Approvazione: IL DIRETTORE

ATTESTAZIONE RICEVUTA DOCUMENTI

Si dichiara di aver ricevuto la documentazione richiesta in data

_____.

FIRMA PER RICEVUTA
