

RICHIESTA COPIA CARTELLA SANITARIA

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ provincia di _____ il ____/____/____

Residente in _____ via _____

Identificato/a a mezzo documento _____ n° _____

Telefono _____ E-mail _____

In qualità di:

- ☐ Intestatario
☐ Familiare/ Caregiver delegato
☐ Fiduciario Sanitario

- ☐ Amministratore di sostegno
☐ Tutore

RICHIEDE

n. _____ copia/e della cartella clinica intestata a _____

ricoverato/a presso l'Azienda Pubblica di servizi alla persona J.B. Festaz nel periodo

dal _____ al _____

presso:

- ☐ Casa di Riposo
☐ Nucleo Residenziale temporaneo per le persone affette da demenza
☐ Ospedale di Comunità

Per la seguente motivazione:

Modalità di ritiro

Il/La sottoscritto/a si impegna a ritirare la documentazione entro 60 giorni dalla richiesta. Decorso tale termine la documentazione in copia verrà distrutta.

Data _____

Firma del richiedente _____

ALLEGARE ALLA RICHIESTA COPIA FOTOSTATICA DEL DOCUMENTO D'IDENTITÀ. SE LA RICHIESTA AVVIENE CON DELEGA, ALLEGARE ATTO DI NOTORIETÀ E COPIA FOTOSTATICA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL DELEGANTE E DEL DELEGATO.