



Presidio Ospedaliero “Immacolata Concezione” di Piove di Sacco
 Direzione Medica Ospedaliera

MODULO RICHIESTA/RITIRO DOCUMENTAZIONE CLINICA
(Intestatario documentazione)

IL / LA SOTTOSCRITTO/A.....

NATO /A IL.....A.....PROV.....

RESIDENTE A.....CAP.....PROV.....

VIA.....N.....TEL.....

DELEGA

(Compilare solo se allo sportello si presenta un delegato)

IL SIG./ LA SIG.RA.....

NATO /A IL.....A.....PROV.....

RESIDENTE A.....CAP.....PROV.....

VIA.....N.....TEL.....

A RICHIEDERE / RITIRARE COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

UNITA' OPERATIVA.....DAL.....AL.....
 (Reparto)

UNITA' OPERATIVA.....DAL.....AL.....

- RITIRO ALLO SPORTELLLO
- SPEDIRE A.....

FIRMA DEL RICHIEDENTE
(INTESTATARIO DOCUMENTAZIONE)

.....

Presentare il modulo con fotocopia del documento valido del richiedente
Il delegato deve essere munito di proprio documento in originale.

Per comunicazioni chiamare il numero 049/9718102 il martedì mercoledì e giovedì dalle 9.00 alle 12.00