



Presidio Ospedaliero  
di Gardone VT

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Spedali Civili

Email: protocollo.gardone@asst-spedalivicivi.it

**ALL'UFFICIO ACCETTAZIONE – PRESIDIO OSPEDALIERO DI GARDONE V.T.**

Tel. 0308933344 – Fax 0308933345

Gardone V.T., .....

Oggetto: Richiesta copia cartella clinica e/o altra documentazione

Il/La sottoscritto/a ..... nato/a il .....  
a ..... Residente ..... prov .....  
via ..... n.....  
tel .....

GENITORE DEL MINORE .....  
nato/a a ..... il .....  
Ricoverato/a presso la S.S.D. ....  
del Presidio Ospedaliero di Gardone V.T. nella/e seguente/i data/e:  
Dal ..... al ..... S.S.D. ....  
Dal ..... al ..... S.S.D. ....  
Dal ..... al ..... S.S.D. ....

CHIEDE il rilascio di copia

- Della CARTELLA CLINICA
- Della seguente documentazione: .....

DELEGO alla richiesta e/o al ritiro

Cognome ..... Nome .....  
nato/a a ..... prov. .... il .....  
residente a .....prov. .... via .....

In alternativa, chiedo la SPEDIZIONE della documentazione richiesta al seguente indirizzo:

Cognome ..... Nome .....  
Residente a ..... Prov. .... via .....  
Con addebito delle spese postali.

.....  
(firma)

**Si allega fotocopia del documento di identità del paziente.**