



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

LEGITTIMO EREDE del/la de cuius
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.