

### Al direttore sanitario del CRM di Volterra

In caso di compilazione a mano, scrivere in stampatello

#### Il richiedente (solo se diverso dall'intestatario della cartella)

Cognome	<input type="text"/>
Nato/a il	<input type="text"/>
Residente in via	<input type="text"/>
Città	<input type="text"/>
In qualità di	<input type="radio"/> genitore <input type="radio"/> coniuge <input type="radio"/> figlio <input type="radio"/> erede <input type="radio"/> altro

Nome	<input type="text"/>		
A	<input type="text"/>		
N°	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>
Tel.	<input type="text"/>		

consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci

#### Il titolare della cartella

Cognome	<input type="text"/>
Nato/a il	<input type="text"/>
Residente in via	<input type="text"/>
Città	<input type="text"/>

Nome	<input type="text"/>		
A	<input type="text"/>		
N°	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>
Tel.	<input type="text"/>		

chiede il rilascio della cartella clinica relativa al ricovero avvenuto:

dal	<input type="text"/>	al	<input type="text"/>
dal	<input type="text"/>	al	<input type="text"/>
dal	<input type="text"/>	al	<input type="text"/>

con pagamento:

di € 10,00 allo Sportello

di € 15,00 mediante A/R al seguente indirizzo \_\_\_\_\_

Il titolare desidera delegare al ritiro \_\_\_\_\_ munito di

fotocopia del documento d'identità proprio e del delegato

Il titolare dichiara di sollevare il CRM da ogni responsabilità circa l'uso della documentazione sanitaria richiesta.

data

firma leggibile del titolare