

Modulo per la richiesta di copia della cartella clinica

Data _____

Il/la sottoscritt _____

Residente in via/p.zza _____ n. _____

Località _____ Prov. _____ Cap _____

Richiede la fotocopia della cartella clinica relativa alla degenza presso il Centro Protesi Inail di Vigorso di Budrio

Dal _____ Al _____

Firma del paziente

Si autorizza

- la fotocopia sarà ritirata personalmente dal paziente
- la fotocopia sarà inviata per posta con raccomandata con ricevuta di ritorno

Il Direttore Sanitario
