


MGC 51 Rev.3 2019 Pag.1/1	Direzione sanitaria	Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS CENTRO "S. MARIA DELLA PACE" via Maresciallo Caviglia 30 – 00194 Roma CENTRO "S. MARIA DELLA PROVVIDENZA" via Casal del Marmo 401 – 00166 Roma	
RICHIESTA FOTOCOPIA CARTELLA CLINICA			

Il / La Sottoscritto / a

Codice fiscale Residente a CAP (Prov.)

Via N° Tel.

RICHIEDE:

che venga rilasciata la fotocopia della CARTELLA CLINICA.

- RESIDENZIALE DAL AL DAL AL DAL AL
- SEMIRESIDENZIALE DAL AL DAL AL DAL AL
- NON RESIDENZIALE DAL AL DAL AL DAL AL

Per uso: [] Medico Clinico [] Medico Legale

Provvede a versare contestualmente alla presente richiesta l'importo di:

- € 18,30 per diritti di segreteria;
- € 9,15 per spese postali per eventuale spedizione. A tal proposito chiede che venga spedita al seguente indirizzo:

Via n.

CAP Città Prov.

Prende atto che la consegna non avverrà prima di 7 Giorni dalla data della presente.

Data

Firma del richiedente

.....

DELEGA

...l...sottoscritt..., delega ...l... Sig al ritiro della propria fotocopia della cartella clinica.

in fede

COME RITIRARE LA PROPRIA CARTELLA CLINICA

Il titolare della cartella clinica deve essere in possesso di un documento di identità.

Il delegato dovrà esibire fotocopia del documento di identità con firma in originale (del titolare della cartella clinica) e delega compilata.

E' opportuno, prima di ritirare la cartella clinica, telefonare al numero Tel. **06.330861** nei seguenti orari: da lunedì a venerdì dalle ore 9.00 alle ore 17.00.

PARTE RISERVATA ALLA SEGRETERIA

C.C. N°

Documento del richiedente

Documento del ricevente

Data di ritiro