



Como, li _____

RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (prov. _____) il _____

residente a _____ (prov. _____) via _____

codice fiscale _____

doc. di identità (tipo) _____ n. _____

rilasciato da _____ il _____

recapito telefonico _____

RICHIEDE la seguente documentazione sanitaria:

(**propria** **di altra persona, con allegati specifici**)

copia della cartella clinica relativa al ricovero presso codesto Ospedale, nel reparto di

_____ dal _____ al _____

referto di Pronto Soccorso del _____

referto visita/esame (tipo) _____ del _____

referto esami di laboratorio del _____

referto: RX mammografia ecografia TAC RMN del _____

CD: RX mammografia TAC RMN del _____

altro (specificare) _____

In fede _____

(si allega fotocopia documento di riconoscimento del richiedente)