



## MODULO DI RICHIESTA DI COPIA CARTELLA CLINICA

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
 chiedo alla Direzione Sanitaria del Day Surgery con Poliambulatorio privato Primus Forlì Medical Center il rilascio di una copia fotostatica della cartella clinica relativa al ricovero in Day Surgery del \_\_\_\_\_ per uso \_\_\_\_\_

- ritirerò personalmente la copia  
 delego al ritiro, sotto la mia responsabilità, il Sig./la Sig.ra \_\_\_\_\_  
 chiedo l'invio per raccomandata A.R. postale la copia al seguente recapito:

Nome e Cognome del destinatario \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Forlì, \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_  
 (firma leggibile)

---



---

## ANNOTAZIONI DELL'UFFICIO AL MOMENTO DELLA CONSEGNA

Cartella clinica n° \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_

Vista e confermata l'identità del Sig/ della Sig.ra<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Documento di identità \_\_\_\_\_

Forlì, \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_  
 (firma dell'incaricato dell'Ufficio)

**<sup>1</sup> Il ritiro della copia di cartella clinica è riservato esclusivamente al paziente o al suo delegato indicato nello spazio apposito.**