



| Modulo | Rev. | Data | Pag. | Titolo |
|--------|------|---------|------|--------------------------------------|
| 7.5.18 | 2 | 07/2020 | 1/1 | RICHIESTA FASCICOLO SANITARIO |

Alla C.A. della Direzione Sanitaria
E p.c. della Direzione Generale

Il / La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Il _____ prov. _____ residente a _____

in via _____ Prov. _____ documento di identità _____ n. _____

rilasciato da _____ in data _____ Tel. _____

in qualità di erede (come indicato da certificazione allegata) del/la

Sig./ra _____

degente presso la vostra struttura dal _____ al _____

chiede

* copia della cartella clinica per motivi:

Assicurativi Legali Personali

(* Dato raccolto a fini statistici)

Gorlago, li _____

_____ (firma)

Si allega:

- Fotocopia del documento di identità
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio riportante tutti gli eredi ed ottenibile presso l'Ufficio Anagrafe del Comune di residenza

Il fascicolo sanitario sarà rilasciato previo versamento di euro 50,00 (in contanti o tramite bonifico bancario sul c/c intestato alla Sant'Andrea Onlus IBAN IT42 G 08514 53090 000000 232189)

In data _____ si consegna al sig. _____ documento di identità nr.

_____ rilasciato da _____ in data _____ in

qualità di erede (come indicato da certificazione allegata) copia della cartella clinica relativa al/la sig./sig.ra

_____ composta da nr. _____ pagine.

Firma di chi consegna

Firma di chi ritira