

INTESTATARIO DELLA CARTELLA

Nome _____ Cognome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Indirizzo _____

Recapito telefonico _____

RICHIEDENTE (Compilare solo se persona diversa dall'intestatario)

Nome _____ Cognome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Indirizzo _____

Recapito telefonico _____

Consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA DI ESSERE

- Parente più stretto (indicare il grado di parentela) _____
- Erede (che agisce in nome e per conto degli'altri)
- Tutore*
- Curatore*
- Amministratore di sostegno*

*(Allegare provvedimento di nomina da parte del giudice Tutelare del Tribunale)

CHIEDE

Copia della Cartella Clinica relativa a:

- Ricovero Neuromuscolare
- Riabilitazione

Il ritiro avverrà:

- Personalmente
- Delegando

Nome _____ Cognome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ Via _____

Firma del richiedente _____ (Allegare copia del documento d'identità)

Firma del Delegato _____ (Allegare copia del documento d'identità)