

(MODELLO D)

Villa Santina,

Spett.le
**Azienda pubblica di servizi
alla persona
"Stati Uniti d'America"**
Via Stati Uniti d'America, 10
33029 VILLA SANTINA (UD)

OGGETTO: RICHIESTA DI RILASCIO COPIA CARTELLA CLINICA.

Il/la sottoscritto/a
Nato/a a il e residente a
 in via
n. tel. nella qualità di

CHIEDE

il rilascio di copia della cartella clinica e della documentazione allegata, relativa al ricovero presso
codesta Struttura del Sig./ della Sig.ra:

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Azienda pubblica di servizi alla persona "Stati Uniti d'America"
Via Stati Uniti d'America 10
VILLA SANTINA

-

RICEVUTA PER LA RICHIESTA DI COPIA DI CARTELLA CLINICA

Entro **20 giorni** dalla data della richiesta sceglie di ritirare la documentazione:

- Personalmente
- Delega al ritiro il/la sig./sig.ra _____
(in caso di delega allegare copia di un documento di identità in corso di validità del delegante)

La presente ha validità di notifica di avvio del procedimento ai sensi della legge 241/90:

- data avvio
- responsabile del procedimento: il Coordinatore socioassistenziale Maria Teresa Della Pietra

Villa Santina, lì

Il funzionario incaricato