**RICHIESTA CERTIFICATO DI RICOVERO**

**Cognome e nome della persona di cui si richiede la cartella**      

**nato/a a**       **il**      

**residente a:**

|  |  |
| --- | --- |
| **REPARTO** | **PERIODO DI RICOVERO\*\*** |
|  |  |

\*\* È sufficiente indicare il periodo indicativo (mese/anno)

**Il richiedente è:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Se stesso | allegare copia del documento di identità del titolare |
|  | Delegato del richiedente | allegare copia del documento di identità di entrambi i soggetti |
|  | Tutore/Amm. Legale | allegare copia del decreto di nomina e copia del documento di identità |
|  | Erede legittimo | allegare dichiarazione sostitutiva atto notorio e copia del documento di identità |
|  | Genitore di minore | allegare modulo di potestà genitoriale e copia del documento di identità |

***Data di richiesta****:* **Firma del richiedente** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DELEGA ALLA RICHIESTA DELLA DOCUMENTAZIONE**Nell’impossibilità di poterlo fare di persona

**DELEGO**

A richiedere e a ritirare copia della mia cartella clinica e/o Verbale di Pronto Soccorso

La/il Sig.ra/Sig.        
nato/a a       il        
residente a        
in via/viale/piazza       n°

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_