

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

*Spett. Direzione Sanitaria
Clinica Stabia S.p.A.
Castellammare di Stabia*

da ritirare il

li, numero c.c.

*Autorizzazione
Responsabile Reparto*

..... sottoscritt Tel.

nat. a il

domiciliat in Via

chiede copia fotostatica della Cartella Clinica per gli usi consentiti dalla Legge, del ricovero
effettuato in codesta clinica nel reparto

dal al

FIRMA

DOCUMENTO IDENTIFICAZIONE

Mod. 012

N. Rep.

CLINICA STABIA S.p.A.

Uff. Prenotazioni: 081 8748151 - 081 8748164

Per ricevuta della richiesta della fotocopia della Cartella

Clinica di

da ritirare il

L'ADDETTO ALL'UFFICIO