



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza
Via Torraca, 2 - 85100 POTENZA

Direzione Sanitaria – Presidio Ospedaliero di _____

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

Il ___/___/_____ e residente in _____ Prov. _____

Via _____ n° _____

CHIEDE

N° _____ copia della cartella clinica composta da fogli n° _____

UNITA' OPERATIVA

DATA DI RICOVERO

____/____/_____
____/____/_____
____/____/_____

Richiesta telefonica ()

IL/LA RICHIEDENTE

_____, li ___/___/_____

CONSEGNATA IL ___/___/_____

DOCUMENTO _____ N° _____

FIRMA
