



RITIRO: \_\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_ C.Clinica n° \_\_\_\_\_

Battipaglia \_\_\_\_\_

Ufficio Cartelle Cliniche Telf. 0828/674305

Spett.Le Direzione Sanitaria  
P.O. " Santa Maria della Speranza "  
84091 BATTIPAGLIA

<b>Il/la sottoscritto/a</b>			
<b>Nato/a</b>	<b>il</b>	<b>residente a</b>	
<b>Via</b>	<b>n°</b>	<b>c.a.p.</b>	<b>(Prov. ) tel.</b>

**CHIEDE**

**il rilascio copia della propria cartella clinica relativa al ricovero avvenuto in data \_\_\_\_\_**

**il rilascio della riproduzione e referto relativo al Pronto Soccorso – o Triage**

--

**Il rilascio della riproduzione e referto radiografico relativo al P.S. o Triage**


**Esibisce- C. d'Identità o P. Guida- rilasciata da Comune o Prefettura che si allega in copia.**

**Con Osservanza**

\_\_\_\_\_

<b>Il/la sottoscritto/a</b>	<b>Delega il/la sig.</b>
<b>Al ritiro – esibisce documento n°</b>	

**I dati contenuti in questo documento sono strumentati all'attività sanitaria e amministrativa, utilizzati per compiere specifici obblighi previste da normative, avranno trattamento la conformità a quanto prescrive la legge sul trattamento dei dati personali e le disposizioni attuative della medesima D.l.gs 196/83**

Ritiro il

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_