



**Presidio Ospedaliero "Maria SS: Addolorata"
84025 EBOLI (SA)**

Direzione Sanitaria

Ufficio Cartelle Cliniche

Il sottoscritto _____ nato a _____

il _____ chiede il rilascio di una copia della cartella clinica inerente il ricovero
avvenuto nel reparto in data _____.

Il ritiro della cartella clinica verrà effettuato dall'interessato munito del seguente documento di
riconoscimento _____

oppure dal sig. _____ munito di delega con
sottoscrizione autenticata ed il seguente documento di riconoscimento _____.

Firma _____

Eboli, _____

UFFICIO CARTELLE CLINICHE

Per il ritiro è stato pagato il relativo ticket con fattura n.° _____ del _____

La cartella è stata ritirata il _____.

L'impiegato dell'archivio cartelle cliniche