

DELEGA PER RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

Il / la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ (____) in via _____

DELEGA

per la richiesta e il ritiro di copia della cartella clinica

il sig. _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ (____) in via _____.

Firma del delegante _____ Allegare copia di un documento d'identità

Firma del delegato _____ Allegare copia di un documento d'identità

Tolmezzo, ____ / ____ / _____