

Il sottoscritto/a:

Cognome.....Nome .....

Nato/a .....il ..... Tel.:.....

Richiede copia conforme della cartella clinica relativa al ricovero del Sig./Sig.ra:

me medesimo/a, in qualità di persona direttamente interessata

Cognome..... Nome .....

Nato/a ..... Prov..... il .....

in qualità di:  genitore di minore  tutore/curatore  erede legittimo

altra persona  organi competenti (Autorità Giudiziaria, INAIL, INPS, ...)

Reparto	Data entrata	Data uscita

Modalità di consegna della copia della cartella clinica:

ritiro allo sportello dell'Ufficio Cartelle Cliniche da parte del sottoscritto o da persona delegata

a mezzo raccomandata con tassa a carico del destinatario al seguente indirizzo:

*Nominativo*.....

*Via* .....

*Cap* ..... *Città*..... *Prov.*.....

Firma (chiara e leggibile).....

**Compilare ed inviare unitamente alla documentazione prevista**

**via fax al numero 0881 350365 oppure via posta ordinaria a:**

Ufficio Cartelle Cliniche

Ospedale "Casa Sollievo della Sofferenza" - Opera di San Pio da Pietrelcina

Viale Cappuccini 1

71013 San Giovanni Rotondo (FG)