

Io sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____

codice fiscale _____, residente a _____

Via _____, cap _____, tel. _____

in qualità di _____

CHIEDO

il rilascio di copia della cartella clinica propria/dell'Ospite _____
ai sensi dell'articolo 4, comma 2, della legge 8 marzo 2017, n. 24.

- ☐ da ritirare presso la sede di Stella Maris
- ☐ da spedire al seguente indirizzo di posta elettronica
- ☐ da spedire al seguente indirizzo postale: _____

Allego copia del mio documento di identità.

Delego al ritiro: _____ (allegando il documento di identità del delegato)

Data _____

Firma del richiedente

Visto del Direttore generale

Data _____

Firma per ricevuta della documentazione sanitaria richiesta