



REGIONE SICILIANA
Azienda Ospedaliera Di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione
"GARIBALDI"
Piazza S. Maria di Gesù, 5 – 95124 Catania

RICHIESTA CARTELLA CLINICA

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)
nato a _____ (_____) il _____
residente a _____ (_____) in Via _____ n. _____
recapito telefonico _____
documento di identificazione _____ n° _____
rilasciato da _____ il _____
nella (eventuale) qualità di rappresentante legale/volontario
di _____
(cognome) (nome)
nato a _____ (_____) il _____
residente a _____ (_____) in Via _____ n. _____
giusta delega allegata in uno alla fotocopia del documento di identità dell'interessato

C H IEDE

- di estrarre copia della propria cartella clinica;
- di estrarre copia della cartella clinica del Sig. _____
(cognome) (nome)

1° ricovero: presso L'Unità Operativa di _____
dal ____/____/____ al ____/____/____
2° ricovero: presso L'Unità Operativa di _____
dal ____/____/____ al ____/____/____
Catania _____

Il Richiedente

(Firma leggibile)

Nulla osta al rilascio della cartella clinica

Il Direttore Sanitario del P.O.

Catania ____/____/____
