

Mod. F

Spett.le **A.S.P. della Carnia "San Luigi Scrosoppi"**
Via Morgagni, n.5
33028 TOLMEZZO (UD)

OGGETTO: RICHIESTA DI RILASCIO COPIA CARTELLA CLINICA.

Il/la sottoscritto/a
Nato/a a il e residente a
 in via
n. tel. nella qualità di

CHIEDE

il rilascio di copia della cartella clinica e della documentazione allegata, relativa al ricovero presso
codesta Struttura del Sig./ della Sig.ra:

FIRMA DEL RICHIEDENTE

**Azienda Pubblica per i Servizi alla Persona
della Carnia "SAN LUIGI SCROSOPPI"**

- Tolmezzo -

RICEVUTA PER LA RICHIESTA DI COPIA DI CARTELLA CLINICA

Entro **30 giorni** dalla data della richiesta scegliere di ritirare la documentazione:

- Personalmente
- Delega al ritiro il/la sig./sig.ra _____
(in caso di delega allegare copia di un documento di identità in corso di validità del delegante)

La presente ha validità di notifica di avvio del procedimento ai sensi della legge 241/90:

- data avvio

-

IL DIRETTORE GENERALE

Tolmezzo, lì