



Modulo	Rev.	Data	Pag.	Titolo
7.5.18	2	03/2018	1/1	Richiesta copia Fascicolo Sanitario

Alla Direzione Sanitaria
e p.c. al Direttore Generale

Il / La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ prov. _____ residente a _____

in via _____ Prov. _____ documento di identità _____ n. _____

rilasciato da _____ in data _____ in qualità di erede (come indicato

da certificazione allegata) del/la Sig./ra _____

degente presso la vostra struttura dal _____ al _____

chiede

* copia della cartella clinica per motivi :

Assicurativi Legali Personali

(* Dato raccolto a fini statistici)

Gorlago, lì _____

_____ (firma)

Si allegano i seguenti certificati:

- Certificato di famiglia o certificato storico di famiglia
- Asse ereditario (atto ad indicare il diritto all'ereditarietà)
- Fotocopia del documento di identità

In data _____ si consegna al sig. _____ documento di
identità _____ n. _____ rilasciato da _____ in data _____ in
qualità di erede (come indicato da certificazione allegata) _____ copia della cartella
clinica relativa al/la Sig./ra _____

Composta da n. _____ pagine.

Firma di chi consegna

Firma di chi ritira
