



Valmontone Hospital spa  	Sede legale ed operativa via dei lecci snc - Valmontone (RM)	MOD acc.08
		Rev.0
		Data:22.03.14
SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITA'		Pagina 1 di 1
RICHIESTA CARTELLA CLINICA		

Il Sottoscritto _____ nato a _____ il _____

E residente a _____ in via _____

Tel: _____

CHIEDE

Di poter ritirare copia della propria cartella clinica dell'intervento

di _____ eseguito in data _____

Valmontone il _____

Firma

SPAZIO DELEGA

Il sottoscritto _____ delega il sig. _____

Al ritiro della propria cartella clinica.

Valmontone il _____

Firma

N.B.: Si allega alla presente richiesta la copia del documento d'identità

Valmontone Hospital spa	MOD acc.08	Data emissione	Causale	Redazione e verifica	Approvazione
	Revisione 0	22/03/14	Prima emissione	RGQ	DA