A.O. SANTOBONO – PAUSILIPON

UFFICIO CARTELLE CLINICHE

**MODULO PER LA RICHIESTA DI COPIA**

**DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DOC. ID.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RILASCIATO A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PADRE/MADRE DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NATO/A IL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

IL RILASCIO DELLA COPIA DI

* CARTELLA CLINICA

REPARTO…………………………………….IN DATA……………………….

* VERBALE DI PRONTO SOCCORSO
* REFERTO ALL’AUTORITA’ GIUDIZIARIA
* RX…………………………………………….
* TC…………………………………………….
* RMN…………………………………………
* EEG
* ALTRO………………………………………..

RELATIVA AL MINORE INDICATO.

NUMERO DI TELEFONO PER OGNI EVENTUALE COMUNICAZIONE:…………………………………………….

NAPOLI LI’ \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_

 *IL RICHIEDENTE*