

Casa di Cura Villa Grazia
Strada Poligono 2 , San Carlo Canavese

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

Il sottoscritto/a

Nato/a a

(

) il : g

m

anno

Residente a

Via

telefono

e-mail

In qualità di :

- Intestatario della cartella clinica
 erede (da allegare originale dell'atto notorio che attesti la legittimarietà)
 parente (indicare grado di parentela)

RICHIEDE

Copia cartella clinica per:

Cognome

Nome

Nato/a a

(

) il : g

m

anno

Residente a

Via

telefono

e-mail

- DELEGA al ritiro della copia di cartella clinica il

sig/ra

Firma del delegante

allegare documento d'identità valido

Firma del delegato

allegare documento d'identità valido

- Richiede SPEDIZIONE al seguente indirizzo se diverso dall'intestatario

Cognome

Nome

Indirizzo:

- Ritiro di persona 13 euro SPEDIZIONE 18 euro

Firma richiedente

DATA

www.villagrazia.org

[Link contatti](#)

Nota : Attraverso il link siete riportati direttamente alla pagina di contatti Villa Grazia