

Ospedale Ghisla S.p.A.	RICHIESTA E RITIRO COPIE CARTELLE CLINICHE	Codice: MOD.AMM.19
MODULO		Rev.1 Data: 30.04.2005 Pag. 1/2

Io sottoscritto/a
 Nato/a a il

CHIEDO

Copia della cartella clinica relativa al mio ricovero presso la vostra
 struttura dal al

In fede

Data

Delego al ritiro il Sig./ la Sig.ra

Nato/a a il

In fede

Chiedo che la copia di cartella clinica sia spedita sotto la mia
 responsabilità al seguente indirizzo:

Cognome e nome

Via

CAP CITTA'

In fede

**N.B. SI FA PRESENTE CHE IL RITIRO DELLA COPIA DI CARTELLA
 CLINICA DOVRA' ESSERE EFFETTUATO ENTRO 60 GG. DALLA
 PRESENTE RICHIESTA. IN CASO CONTRARIO LA CASA DI CURA
 TORNERA' AD ARCHIVIARE LA CARTELLA E OCCORRERA'
 NUOVA RICHIESTA PER AVERLA**

Offila Chiara S.p.A.	RICHIESTA E RITIRO COPIE CARTELLE CLINICHE	Codice: MOD.AMM.19
MODULO		Rev.1
		Data: 30.04.2005
		Pag.. 2/2

COPIA DI CARTELLA CLINICA DEL SIG.

RITIRATA

DALL'INTERESSATO SIG.

DAL DELEGATO SIG.

DOCUMENTO D'IDENTITA' DEL SIG.

TIPO

RILASCIATO DA

IL

DOCUMENTO D'IDENTITA' DEL DELEGATO SIG.

TIPO

N.

RILASCIATO DA

IL

DATA

FIRMA

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

1950

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
DEPARTMENT OF CHEMISTRY
5408 SOUTH DIVISION STREET
CHICAGO, ILLINOIS 60637

RECEIVED
JAN 10 1950

FROM: [Name]

TO: [Name]

UNIVERSITY OF CHICAGO