



Brescia,.....

ISTITUTO CLINICO  
S. ANNA

## RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Con la presente richiede alla Direzione Sanitaria dell'Istituto Clinico S. Anna SPA di Brescia

Copia della Cartella Clinica del SIG./SIG.RA \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_

Ricoverato/a dal giorno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ per uso:

Assicurativo     Medico     Altro \_\_\_\_\_

E delego al ritiro della cartella richiesta il/la Sig./ra \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

Si richiede l'invio per mezzo posta ordinaria della copia della C.C sopra indicata al seguente indirizzo:

Sig./sig.ra \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

N. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

In data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ è stato eseguito verifica della C.C richiesta.

p. Il responsabile dell'U.O

Timbro e firma \_\_\_\_\_

Solo per la copia destinata al paziente.

In data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ è stata eseguita copia conforme all'originale della C.C richiesta.

p. la Direzione sanitaria

Timbro e firma \_\_\_\_\_

C/Cod.

Riservato all'Ufficio:

Cartella N. \_\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_



UNIVERSITY  
& RESEARCH  
HOSPITALS

Sistema Sanitario



Regione  
Lombardia

ISTITUTO CLINICO S. ANNA - via del Franzone, 31 - 25127 Brescia - Tel. 030.3197111 - Fax 030.3197635

di ISTITUTI OSPEDALIERI BRESCIANI S.p.A. - via del Franzone, 31 - 25127 Brescia

www.grupposandonato.it - e-mail: info.icsan@grupposandonato.it - C.F., P.IVA e Reg. Imp. Brescia 00298670175 - R.E.A. 151444 - Cap. Soc. € 510.294.78 I.V.