

Alla Direzione Sanitaria
Auxilium Vitae Volterra SpA
Tel 0588 070275
E-Mail: d.sanitaria@riabilitazione-volterra.it

RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Io sottoscritto:

Nome: _____

Cognome: _____

Data di nascita: _____ Residente a: _____

in Via: _____

Recapito telefonico: _____

e-mail: _____

Chiedo che mi sia rilasciata la seguente documentazione sanitaria:

- CARTELLA CLINICA COMPLETA
- ESTRATTO DELLA CARTELLA CLINICA
- REFERTO
- LETTERA DIMISSIONE
- ALTRO _____

Relativa al mio ricovero che ha avuto luogo:

dal _____ al _____ presso la S.O.:

- RIABILITAZIONE NEUROLOGICA
- UGCA
- RIABILITAZIONE RESPIRATORIA
- RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA

- Ritirerò personalmente la documentazione
- Chiedo che la copia della documentazione venga spedita al seguente indirizzo:

Nome e Cognome _____

Via: _____

Città: _____ CAP: _____

- Allego copia documento identità personale

Data _____ Firma _____