



**ASL LECCE**  
SERVIZIO SANITARIO DELLA PUGLIA

**PRESIDIO OSPEDALIERO N° 2 -STABILIMENTO DI COPERTINO  
COPERTINO**

Tel. 0832 936111 -Fax 0832/ 947786

## **RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_, in qualità di delegato del/la Sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ricoverato presso questo

Presidio Ospedaliero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ nella Unità Operativa di

\_\_\_\_\_ n° Nos. \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

Copia autenticata della cartella clinica.

Si impegna a presentare la delega al momento del ritiro della documentazione

Copertino li \_\_\_\_\_

Firma del Richiedente

\_\_\_\_\_

Il funzionario addetto

\_\_\_\_\_