

**Spettabile (1)**

.....  
**Ufficio Cartelle Cliniche**  
.....  
.....  
....., .....

**Oggetto: richiesta cartelle cliniche**

**Il sottoscritto....., nato il.....**  
**a..... (.....), residente a .....**  
**in Via....., tel.....**

<b>Anno</b>	<b>Reparto</b>
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

**Chiede, altresì, che le suddette cartelle vengano spedite in  
contrassegno al seguente indirizzo.....**

**Oppure.....**

**Delega al ritiro il signor.....**

**Allegata fotocopia documento d'identità**

.....

**(1) Indirizzo Azienda ospedaliera, Ulss o Casa di Cura privata**