

<i>Casa di Cura</i> <i>Villa Verde S.r.l.</i> Via di Torrevecchia, 250 – 00168 Roma	RICHIESTA di COPIA CARTELLA CLINICA		
MOD RCC -1	PO 7.5 GCCL	Rev. 2	17/02/2020

RICHIESTA DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

(Soggetti interessati)

Alla Direzione Sanitaria

Copia semplice

Copia conforme (costo di segreteria €.....)

Data richiesta _____

Cognome _____ **Nome** _____

Luogo e data di nascita _____

Data entrata/uscita _____

Residenza _____

Data del ritiro _____

Firma del richiedente

(Si allega copia del documento di identità)