Fondazione
CARISMA
Casa di Ricovero
Santa Maria Ausiliatrice

RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA E/O SANITARIA SOCIALE

MOD.SGSI.02 - VER.03 DEL 01 MARZO 2016

Il sottoscritto ______________________________

nato/a a ______________________ il ______________________

Codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Carta di identità numero ______________ rilasciata dal Comune di ______________

Grado di parentela ______________________________

Richiede la fotocopia della seguente documentazione:

- ☐ CARTELLA CLINICA DI RIABILITAZIONE
- ☐ FASAS
- ☐ ALTRO ______________________

del Sig./ra ______________________________

nato/a a ______________________ il ______________________

ricoverato presso l'Unità Operativa ______________________________

dal ______________________ al ______________________

MOTIVO DELLA RICHIESTA ______________________________

____

____

Bergamo, ______________ Firma del richiedente ______________________

Autorizzazione del Direttore Sanitario o di un suo delegato ______________________

- -

Bergamo, ______________ Firma per ricevuta ______________________

Fondazione Casa di Ricovero Santa Maria Ausiliatrice Onlus
24125 Bergamo, via Monte Gleno 49, tel. +39.035.42.22.222, fax. +39.035.42.22.336, c.f. 80017150162, p. iva 01066880160
www.fondazionecarisma.it, info@fondazionecarisma.it