



RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA E/O SANITARIA SOCIALE

MOD.SGSI.02 - VER.04 del 01 GENNAIO 2023

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | |

carta di identità n. _____ , comune di _____ (da allegare)

grado di parentela _____

richiede la copia della seguente documentazione:

CARTELLA CLINICA DI RIABILITAZIONE

FASAS

ALTRO _____

del Sig./ra _____

nato/a a _____ il _____

utente dell'Unità operativa _____

dal _____ al _____

MOTIVO DELLA RICHIESTA _____

Bergamo, _____ Firma del richiedente _____

Si prega di consegnare il presente modulo, corredato di copia della carta di identità, al servizio di pertinenza oppure inviarlo tramite mail a info@segreteria generale.it.

Autorizzazione del Direttore Sanitario
 o di un suo delegato _____

Bergamo, _____ Firma per ricevuta _____