Fondazione
CARISMA
Casa di Ricovero
Santa Maria Ausiliatrice

RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA E/O SANITARIA SOCIALE

MOD.SGSI.02 - VER.05 del 1 GIUGNO 2024

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
- ☐ CARTELLA CLINICA OSPEDALE DI COMUNITÀ
- ☐ FASAS RSA-CDI
  - ☐ Cartella clinica
  - ☐ Progetto individuale/PAI
  - ☐ Terapia farmacologica
  - ☐ Fasas completo
- ☐ FASAS CURE DOMICILIARI
- ☐ FASAS UNITÀ DI CURE PALLIATIVE DOMICILIARI
- ☐ 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@fondazionecarisma.it.

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