ISTITUTO S.ANNA CASE DI RICOVERO S. ANNA E S. CATERINA Ente morale S. Anna S. Caterina	RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA E/O SANITARIA SOCIALE	8.5 MP 0.6 Rev.0 Del 14/10/2021 Pag 1 di 1

Il/La sottoscritto/a_____

nato/a a _____il_____

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Grado di parentela_____

Richiede la seguente documentazione:

- ❑ cartella Clinica
- ❑ altro_____

del/della Sig./Sig.ra_____

nato/a a_____ il_____

ricoverato/a presso la Comunità_____

Motivo della richiesta_____

_____

_____

Allegare copia del documento di identità

La documentazione verrà rilasciata dopo il pagamento di € 15,00 effettuato sul conto corrente della Fondazione (IBAN: IT 42 V 05034 02413 000000004200).

Bologna, _____ Firma del/della richiedente_____

Autorizzazione del Responsabile Medico o di un suo delegato_____

Bologna, _____ Firma per ricevuta_____