

**Oggetto: Richiesta copia Cartella Domiciliare.**

Si richiede la copia della Cartella Domiciliare del paziente (dati anagrafici):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

assistito presso il proprio domicilio nel periodo \_\_\_\_\_

Con osservanza.

Lì, \_\_\_\_\_

FIRMA

## DELEGA

Il/ la sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_ nato/a a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via  
\_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

Prov \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_.

Estremi del documento di riconoscimento in corso di validità del delegante:

Documento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato da  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

delega per il ritiro della documentazione: il/ la sottoscritto/a  
(cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_ nato/a a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via  
\_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

Prov \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_

Estremi del documento di riconoscimento in corso di validità del delegante:

Documento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato da  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

FIRMA DEL DELEGANTE

\_\_\_\_\_