



Richiesta Copia Cartella Clinica

**Alla Direzione Sanitaria
dell'Ambulatorio Accreditato di Medicina Fisica e Riabilitazione Fortunata Gresner di Verona**

Il/La sottoscritto/a
nato a il Residente in
Via.....C.A.P. Località.....
Prov. Telefono..... C.F.
Carta Identità Numero..... (allegare copia)

Consapevole delle sanzioni civili o penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non rispondenti a verità , ai sensi dell'art. 76 del DPR 445 del 25/12/2000 e s.m.i.

in qualità di

- Genitore
- Tutore

con la presente, da valersi ad ogni effetto di legge, nella sua qualità di esercente la patria potestà, del minore

Nome e Cognome
nato a il Residente in
Via.....C.A.P. Località.....
Prov. Telefono.....C.F.

CHIEDE

copia della cartella clinica del minore.

Verona,/...../.....

Firma del Genitore/Tutore

.....



Ai Genitori/Tutore richiedenti/te del/la minore in carico presso l'Ambulatorio Accreditato Fortunata Gresner, il Direttore Sanitario autorizza la richiesta sopra riportata e fissa appuntamento con il richiedente per ritiro documentazione cartella clinica in data

Firma Direttore Sanitario

Il/La sottoscritto/aGenitore/Tutore del minore con la presente, da valersi ad ogni effetto di legge, nella sua qualità di esercente la patria potestà, dichiara di aver ritirato copia della cartella clinica richiesta..

Verona,/...../.....

Firma del Genitore/Tutore

Il Direttore Sanitario 	R.Q. 
--	--