

## **RICHIESTA DI COPIA DI CARTELLA CLINICA E/O REPERTO FOTOGRAFICO**

Il/la sottoscritto/a .....data nascita.....  
documento N. ....

**Chiede che venga consegnata copia:**

- della propria Cartella Clinica
- della propria documentazione fotografica.

Data .....

Firma Richiedente

In caso di impossibilità si delega al ritiro il /la Signor/a.....  
data di nascita .....documento N. .... In possesso di fotocopia  
di un documento di riconoscimento del richiedente.

Data.....

Firma delegato