



ANNULLAMENTO RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ **il** _____

residente a _____

in via _____ **n°** _____ **tel.** _____

In qualità di :

diretto interessato

..... (specificare relazione di parentela , tutore ecc)

chiede l'annullamento della la richiesta presentata il _____ **per la seguente motivazione** _____ ,

relativamente alla documentazione sanitaria sotto riportata:

COPIA CARTELLA CLINICA

Copia referto P.S.

Copia Diario Ortopedico

Copia Cartellino d'intervento del 118

intestata a : _____ **nato/a il** _____

Per ricovero avvenuto presso il Presidio Ospedaliero di : _____

Data _____

Firma _____

Parte riservata all'Ufficio Cartelle Cliniche

Pervenuta il _____ **e registrato annullamento**

Richiesta non accettata in quanto la documentazione era già predisposta o disponibile allo sportello.

Data _____

Operatore _____