



Richiesta Cartella Clinica

Al Direttore Sanitario
Fondazione CRIDA
Prato (PO)

Io _____ nata a _____ il _____

A nome di: _____ nato a _____ il _____

Chiedo

La Fotocopia della Cartella Clinica

Dichiaro

Di farne il seguente uso: _____

La Fondazione *Centro Riabilitazione Diverse Abilità*, non rimane responsabile per eventuali diversi fini e usi.

Prato, li _____

Firma _____



Per accettazione Direttore Sanitario _____