

Cagliari _____

Spett.le

Casa di Cura Villa Elena s.r.l.

Direzione Sanitaria

Fax 070 494893

Email villaelena@tin.it (per documenti scansionati)

Il/La sottoscritta _____

Nato/a a _____ il _____ Tel _____

Ricoverato/a presso la Casa di Cura in data _____ con diagnosi _____

_____ seguito/a dal dott. _____

Chiede cortesemente alla Direzione Sanitaria della Casa di Cura Villa Elena il rilascio di una copia della cartella clinica/fascicolo sanitario. Chiede che la stessa:

gli venga consegnata personalmente

gli venga spedita al seguente indirizzo _____

venga consegnata al/alla signor/a _____

Firma del paziente

Allega:

- 1) copia bonifico bancario (Eu 40,00 per consegna tramite servizio postale – Eu 30,00 per consegna al diretto interessato o tramite delega) da effettuare presso il Banco di Sardegna di Cagliari - IBAN **IT40K0101504802000070024447**.
- 2) copia documento di identità del richiedente
- 3) copia documento di identità del delegato