

# RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

**Al medico sportivo competente**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

**chiede che gli/le venga rilasciata copia**

copia cartella clinica

copia ecg /esami

per uso      MEDICO  
                 ASSICURATIVO  
                 ALTRO \_\_\_\_\_

Delega per il ritiro:

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a autorizza, altresì, Hostilia Medica Srl ad emettere regolare fattura dell'importo di 25,00 euro, IVA inclusa.

Ostiglia \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Firma dell'eventuale delegato \_\_\_\_\_