

■ VILLA DEI PINI
Clinica Specialistica Psichiatrica
Via Ugo Foscolo 78 – 50124 Firenze
Tel. 055 221691 • Fax 055 2280617
www.neomesia.com

Data.....

Il /La sottoscritt

Cognome.....Nome.....

ViaN°.....Tel.....

Cap.....Città.....

Ammesso/a in questa Casa di Cura il.....

Dimesso/a il.....

RICHIEDE

A) Una copia della cartella clinica per uso.....

B) Un certificato con diagnosi per uso.....

C)

Il sottoscritto autorizza la consegna del documento richiesto al Sig/Sig.ra..... e dichiara di sollevare l'Amministrazione della Casa di Cura da qualsiasi responsabilità che possa derivare dal rilascio del documento richiesto alla suddetta persona; responsabilità che il sottoscritto dichiara liberamente ed illimitatamente di assumere su di sé. Alla presente richiesta deve essere sempre allegata fotocopia di un documento del paziente ed eventualmente del delegato al ritiro.

Firma del Paziente

.....

PAGATO Euro Fattura n.....