Nome e cognome:

Indirizzo di casa:

NPA e luogo:

Indirizzo e-mail:

**Posta raccomandata**

Destinatario (ospedale, farmacia, ecc.):

Dottore o reparto:

Indirizzo:

NPA e luogo:

[[Luogo e data]]

**I miei documenti medici**

Gentili Signore e Signori,

vorrei salvare i miei documenti medici nella mia **CIP**.

**Vorrei ricevere questi documenti:**

tutti i miei documenti medici

tutti i miei documenti medici a partire dal [[data]]

solo questi documenti: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Vorrei ricevere i miei documenti in questo formato:**

digitale (direttamente nella mia CIP o per e-mail)

cartaceo (per posta al mio indirizzo di casa)

Nota bene: Ho il diritto di chiedere una copia di questi documenti.  
Lo dice la legge sulla protezione dei dati.

Molte grazie e cordiali saluti

Firma paziente Firma del rappresentante legale

[[firmare qui]] [[firmare qui]]

Allegato: Fotocopia della mia carta d’identità o del mio permesso di soggiorno