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