



**CONSULTORIO FAMILIARE PRIVATO E ACCREDITATO  
VIA VITRUVIO, 43 - 20124 MILANO**

info@aiedmilano.com

tel/fax 0266714156

**RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA/DOCUMENTAZIONE SOCIO/SANITARIA**

Con la presente il/la Sottoscritto/a nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**Chiede copia della seguente documentazione socio-sanitaria**

---

---

---

**Chiede di accedere alla seguente documentazione sanitaria**

---

---

---

**Allegati :**

**Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente**

Milano, il

Firma del richiedente

---

La presa visione o il rilascio della documentazione avverrà entro 15 gg lavorativi, e non comporta alcun costo.

**DATA DELLA PRESA VISIONE O DEL RITIRO**

---

Firma del richiedente

---

Timbro Firma Responsabile AIED MILANO

Dott.ssa Fernanda Sibilio

Si rilascia copia della presente al richiedente

La richiesta può essere inoltrata dal titolare, nel caso di documentazione di coppia da entrambe le parti, in caso di minore da chi esercita la patria potestà (genitori, tutore legale, Tribunale)