

Spett.le

DIREZIONE SANITARIA

Centro di Riabilitazione

Casa San Giuseppe

Il/La sottoscritto/a

In qualità di tutore/familiare del sig.

.....

Richiede una copia della seguente documentazione - parte di cartella clinica.

Motivazione:

Roma,

In fede

Si autorizza.

Il Direttore Sanitario

Roma,