



**Centro Medico Sportivo D.O.**

via Italia, 24  
21050 Gorla Maggiore  
Tel 0331/600.378  
Fax 0331/602.278

Il/la sottoscritto/a .....

Nato/a.....il.....

Residente in.....Via .....

**RICHIEDE**

- COPIA CARTELLA CLINICA
- COPIA ECG/ ESAMI.....

Della visita effettuata presso l'Ambulatorio di Medicina Sportiva srl u.p. di VARESE

PER il figlio/a	EFFETTUATA IL

**PER USO:**

- MEDICO
- ASSICURATIVO/ LEGALE
- ALTRO SUO CONSENTITO DALLE  
LEGGI VIGENTI

Data.....

In fede.

Firma.....

**N.B. Trattandosi di dati riservati e sensibili, per rispetto della normativa sulla privacy è indispensabile, per il ritiro della cartella clinica, esibire un documento di riconoscimento**