

Sol·licitud de documentació assistencial

Dades del titular de la història clínica

Cognoms i nom		Núm. d'història clínica	
CIP/NASS	Data de naixement	DNI	Telèfon

Documentació sol·licitada

Signatura del titular

Lloc i data

Representant legal / Persona autoritzada (cal emplenar el full d'autorització)

Cognoms i nom		DNI	
---------------	--	-----	--

Adreça	Localitat	Codi postal	Telèfon
--------	-----------	-------------	---------

Signatura de la persona que autoritza	Signatura de la persona autoritzada
---------------------------------------	-------------------------------------

Lloc i data

Lloc i data

Justificant de la recepció (cal omplir aquest espai el dia de la recepció de la documentació)

Signatura	<input type="checkbox"/> En el cas excepcional d'emportar-se l'original es compromet a retornar-lo
-----------	--

Lloc i data

Documentació que cal aportar

- Document acreditatiu de representació legal
- DNI del titular
- DNI de la persona autoritzada
- Fotocòpia del llibre de família
- Altra (cal especificar-la)