



Richiesta di risoluzione della rappresentanza di una cartella del paziente

Utilizzare un documento separato per i rappresentanti legali (www.post-sanela.ch)

Indicazioni sul paziente per il quale si deve procedere alla risoluzione della rappresentanza di una cartella del paziente:

| | |
|------------------------------------|----------------------|
| Cognome*: | <input type="text"/> |
| Nome*: | <input type="text"/> |
| Data di nascita*: | <input type="text"/> |
| Sesso*: (maschio/femmina/altro) | <input type="text"/> |
| Via *: | <input type="text"/> |
| NPA e domicilio*: | <input type="text"/> |
| Paese*: | <input type="text"/> |
| Indirizzo e-mail*: | <input type="text"/> |
| Numero di cellulare*: | <input type="text"/> |

Indicazioni sulla rappresentanza da sottoporre a risoluzione:

| | |
|------------------------------------|----------------------|
| Cognome*: | <input type="text"/> |
| Nome*: | <input type="text"/> |
| Data di nascita*: | <input type="text"/> |
| Sesso*: (maschio/femmina/altro) | <input type="text"/> |
| Via*: | <input type="text"/> |
| NPA e domicilio*: | <input type="text"/> |
| Paese*: | <input type="text"/> |
| Indirizzo e-mail*: | <input type="text"/> |
| Numero di cellulare*: | <input type="text"/> |

* Campo obbligatorio



Conferma risoluzione rappresentanza

Con la mia firma acconsento alla risoluzione della suddetta rappresentanza sulla CIP.

Data:

Firma del paziente o del
rappresentante:

Documenti necessari:

- Copia documento d'identità ufficiale del paziente o del rappresentante

Inviare a: Post Sanela SA, Comunità di riferimento Sanela, Pfingstweidstrasse 60b, 8005 Zurigo

Da compilare a cura dei servizi centrali della comunità di riferimento:

Richiesta di risoluzione della rappresentanza ricevuta:

Data/sigla

Verifica del modulo eseguita:

Data/sigla

Rappresentanza annullata (PADM, data, firma):

Data/sigla