

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